

**Der Einfluß von sozialen Merkmalen
gynäkologischer Patientinnen auf ihre Vorstellung
vom Frauenarzt und seiner Tätigkeit**

von
Karl Georg Friedrich
aus
Nürnberg

Aus der Frauenklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K. G. Ober

**Der Einfluß von sozialen Merkmalen
gynäkologischer Patientinnen auf ihre Vorstellung
vom Frauenarzt und seiner Tätigkeit**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Karl Georg Friedrich
aus
Nürnberg

Gedruckt mit der Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Wetterer

Referent: Prof. Dr. K. G. Ober

Tag der mündlichen Prüfung: 31. Juli 1968

Inhaltsverzeichnis

Seite

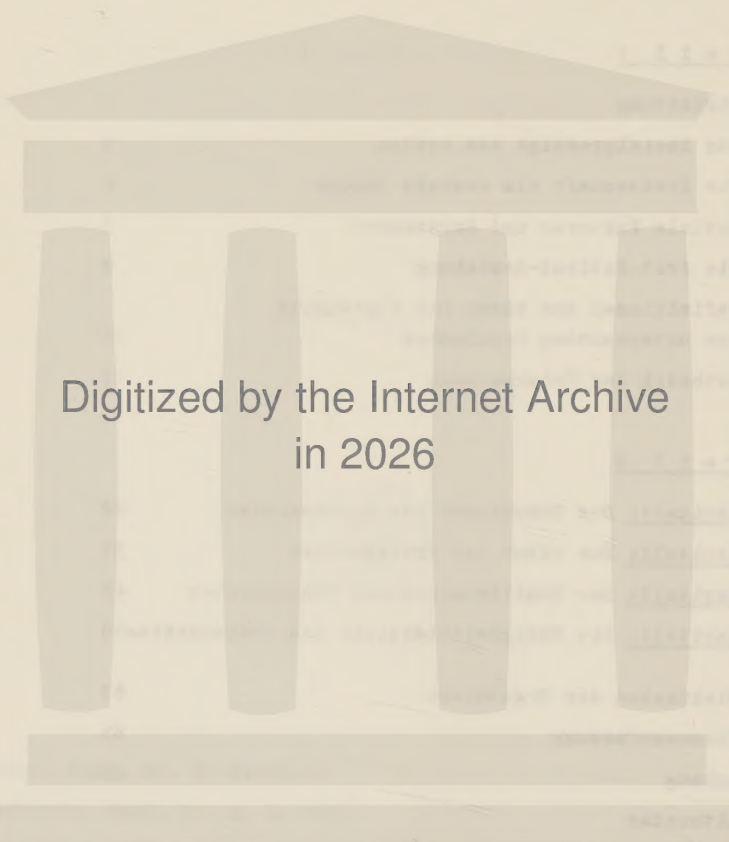
T e i l 1

Einleitung

Das Sozialprestige des Arztes	3
Die Ärzteschaft als soziale Gruppe	4
Soziale Faktoren und Arztbesuch	7
Die Arzt-Patient-Beziehung	8
Definitionen zum Thema und Abgrenzung der untersuchten Population	12
Methodik der Untersuchung	13

T e i l 2

<u>Kapitel1:</u> Das Geschlecht des Frauenarztes	22
<u>Kapitel2:</u> Das Alter des Frauenarztes	33
<u>Kapitel3:</u> Der Familienstand des Frauenarztes	48
<u>Kapitel4:</u> Die Tätigkeitsbereiche des Frauenarztes	59
Diskussion der Ergebnisse	63
Zusammenfassung	65
Anhang	68
Literatur	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Einleitung

Das Thema "Arzt" steht seit altersher im Brennpunkt des öffentlichen Interesses. Bereits aus dem 16. Jahrhundert sind Gemälde bekannt, die den Arzt vom göttlichen Helfer in höchster Not bis zum Teufel und Scharlatan bei seiner Honorarforderung darstellen (E. Philippovich). Arztprozesse (A. Mitscherlich, F. Mielke) und unehrenhaftes Verhalten des Mediziners (M.H. Pappworth) werden mit größter Spannung von der Laienwelt verfolgt. Diese Thematik ist aber leider in vielen Fällen mehr Anlaß zu spekulativen Erörterungen als Objekt empirischer Untersuchungen.

E. Dovivat spricht beispielsweise von der ausdruckslosen Öffentlichkeit. Er meint damit ein nicht reguliertes Gewoge von Meinungen, in dem sich das Bild des Arztes aus persönlicher Erfahrung und dem Erleben des Einzelnen formt. Dies demonstriert überzeugend, wie wenig exakt nachgewiesene und überprüfte Anhaltspunkte hier vorliegen. Das gleiche gilt für die Ausführungen von F.W. Hanley und F. Grünberg. Sie stellen drei Arzttypen und drei Patiententypen auf und kombinieren sie. Daraus schaffen sie neun Paare, die durch unterschiedliche Handlungsprozesse miteinander verknüpft sind. Solche Reflexionen können zwar zufällig wesentliche Dinge treffen, sind aber für eine Analyse des Arztes, des Patienten und für deren Verhältnis zueinander zugeeignet. Außerdem ist es äußerst problematisch, von dem Arzt im allgemeinen zu sprechen, da sich hinter diesem Begriff - was auch dem Laien bekannt ist (M.F. Cahal; W. Schoene, 1959) - eine Summe von Fachgebieten und Spezialkenntnissen verbirgt. Eine einheitliche Klärung ist schon deshalb nicht möglich, weil es eben "den Arzt im allgemeinen" nicht gibt. Umfassende Begriffe, wie z.B. Prestige, Erwartungen, die in den Arzt gesetzt werden oder Unzufriedenheit mit ihm, können untersucht werden. Es stellt sich aber die Frage, ob das "Bild"

des Arztes nicht auch von seinem Fachgebiet abhängt. So betont H. Sattes, daß der Psychiater in seiner Umwelt eine Stellung einnimmt, die sich von der anderer Ärzte nicht unerheblich unterscheidet.

In der vorliegenden Arbeit soll deshalb untersucht werden, ob gewisse Teile des "Fremdimages" eines Facharztes, nämlich des Gynäkologen, von sozialen Merkmalen der Patientinnen einer Frauenklinik abhängen.

Das Sozialprestige des Arztes

Bei Untersuchungen über das Image ist das Selbst- und das Fremdbild zu unterscheiden. Über die Selbsteinschätzung des Arztes steht - zumal für den Bereich der Bundesrepublik - bis jetzt nur sehr wenig empirisches Material zur Verfügung (J.J. Rhode, 1966). Arbeiten über seine Fremdeinschätzung befassen sich vornehmlich mit dem Arzt im allgemeinen oder mit dem praktischen Arzt. Im übrigen behandeln die meisten Untersuchungen nur das Sozialprestige des Arztes innerhalb des eigenen Berufsstandes oder innerhalb anderer akademischer Berufe. Auch sollte man sich gegenwärtigen, daß sich sowohl Fremd- als auch Selbsteinschätzung im Rahmen eines vorgefestigten Statusarrangements vollziehen. Die Beurteilenden sind hier nicht unbegrenzt wahlfrei. Sie wissen nämlich genau, daß beispielsweise Krankenschwestern nicht gut über Ärzte gesetzt werden können (E.G. Mishler, A. Tropp).

W. Hartmann führt den Chirurgen an erster Stelle und den Gynäkologen an fünfter innerhalb von 25 medizinischen Berufen auf. A. Inkles und P.H. Rossi demonstrieren, daß im internationalen Berufsvergleich der Arzt in den USA, Großbritannien, Neuseeland und den UdSSR den ersten Rang einnimmt. In Deutschland steht er an zweiter Stelle hinter dem Professor und in Japan auf dem fünften Platz in der Ansehenskala. Nach einer anderen amerikanischen Repräsentativerhebung (P.K. Hatt; C.C. North) kommt der Arzt in den USA erst an zweiter Stelle hinter dem Richter am obersten Bundesgericht. Eine interessante Tabelle von K.M. Bolte über das Prestige akademischer Berufe in Deutschland (J.J. Rhode, 1966) zeigt, daß der Arzt bei Befragung von Industriearbeitern den ersten, Verwaltungsangestellten den dritten, Volksschullehrern den fünften und Studenten höherer technischer Lehranstalten den sechsten Rang einnimmt. Der Regierungsrat behält bei allen Befragten konstant

den siebten Rang bei. Für die Bundesrepublik ergab sich, daß das soziale Ansehen des Arztes sehr hoch ist (H. Moore, G. Kleining). Die Bewertung des ärztlichen Sozialprestiges weist zwar Variationen von Arzt zu Arzt auf, aber die einfache Tatsache, daß jemand Arzt ist, beeinflußt die Wertung am stärksten. Das gilt auch dann, wenn jemand mit seinem Arzt unzufrieden ist oder den einen oder anderen für schlecht hält (E.L. Koos, 1954). Die Einschätzung des Arztes läßt sich nach W. Cohn nicht allein aus der funktionalen Bedeutung für die moderne Gesellschaft erklären. Ein "charismatischer" Aspekt seines Status muß zur Erklärung herangezogen werden, der allerdings noch genau zu analysieren wäre. Die Vorstellung, im Arztberuf manifestiere sich "Priestertum" in irgendeinem historischen Sinne, wäre doch zu einfach (J.J. Rhode, 1966).

Die Ärzteschaft als soziale Gruppe

M.F. Cahal weist auf eine Untersuchung von E. Dichter in den USA hin, die mit Interviews und ausgebildeten Untersuchern durchgeführt wurde. Es zeigte sich, daß der Hausarzt die führende Rolle in der Beziehung zwischen ärztlichem Beruf und der Öffentlichkeit spielt. Die Leute wollen einen Arzt mit dauernder Verantwortung in allen Fällen. Er soll also sein Fachgebiet nicht allzusehr einschränken. Nach Meinung der Bevölkerung entfernt sich die moderne Medizin von den Bedürfnissen ihrer Konsumenten (E.L. Koos, 1955). Nach W. Mühlbacher sind die Patienten unserer Zeit allmählich zu kritischen Beurteilern der Behandlung ihrer Leiden geworden. Ihr Wissen wurde gegenüber früher zwar größer, ist aber meist noch recht mangelhaft. Geradezu paradoxe Ergebnisse fanden sich bei der Gegenüberstellung von Ärzteschaft als sozialer Gruppe und Arzt als Einzelperson. So wird die Gruppe äußerst kritisch betrachtet und sieht sich in einer Atmosphäre von Feindschaft und Mißtrauen. Der Arzt als einzelner genießt jedoch hohes Ansehen (M.F. Cahal). Auch

T. Parsons (1959) kommt zu einer ähnlichen Überzeugung. Er stellt fest, daß die meisten Leute eines Ortes ihren Arzt für den besten halten. Offensichtlich kann die Mehrheit solcher Urteile objektiv nicht richtig sein. Die Vorstellungen des Laien über die moderne Medizin werden auch von einem zu optimistischen Glauben, besonders was die medizinische Technik betrifft, genährt (K. Pollak). Erfolge ärztlichen Handelns werden viel eher der Leistung der medizinischen Wissenschaft zugeschrieben als der Wirkung von ärztlicher Kompetenz (J.J. Rhode, 1962).

Nach M.F. Cahal zeigt sich auch ein Mißverhältnis zwischen dem Verhalten der Befragten und ihrer Aussage, der Arzt solle sein Fachgebiet nicht allzusehr einschränken. So geht man häufiger vom Praktiker zum Spezialisten als zu einem anderen Praktiker. Für dieses Mißverhältnis spricht ebenfalls, daß die Fachleute ein besseres Image haben als die praktisch tätigen Ärzte, wenn es um Diagnostik, Therapie und "up-to-date-Sein" geht. Der amerikanische Medizinstudent wendet sich nicht wegen des etwas höher liegenden Gehaltes, sondern wegen des höheren Prestiges lieber dem Spezialistentum zu (W. Schweisheimer). G. König spricht direkt von einer offenen und versteckten Diskriminierung des Praktischen Arztes in der Kassenpraxis. Nach A. Freitag muß der Praktische Arzt unbedingt materiell und ideell aufgewertet werden. Aus der Reihe der Spezialisten wird an erster Stelle der Pädiater und an letzter Stelle der Geburtshelfer zum Hausarzt gewählt. Die Bedeutung der einzelnen Fachgebiete für den praktisch tätigen Arzt ergeben aus der Sicht der Befragten ein ganz anderes Bild. So hielten 75 % Kenntnisse aus dem Gebiet der Geburtshilfe, 67 % aus dem der Gynäkologie und ebenfalls 67 % aus dem der Pädiatrie für sehr wichtig, was natürlich keinen Gegensatz zu dem vorher Erwähnten darstellt (M.F. Cahal).

Es werden auch von verschiedenen Institutionen verschieden genaue Diagnosen erwartet, da ihre soziale Funktion nicht identisch ist (R.N. Braun, 1957). Der praktische Arzt kann sich mit einer allgemeingehaltene Diagnose begnügen. Der Facharzt wird den Fall genauer beleuchten müssen, um zu einer exakteren Diagnose zu kommen.

Mehr als die Hälfte der Ärzte in der Bundesrepublik und West-Berlin ist freipraktizierend tätig. Die ärztliche Versorgung, soweit sie ambulant erfolgt, liegt fast ausschließlich in der Hand der freipraktizierenden Ärzte. Von diesen sind zur Zeit rund 60 % als Allgemeinärzte und etwa 40 % als Fachärzte tätig. In den letzten 15 Jahren macht sich ein zunehmender Trend zur Spezialisierung bemerkbar, der für die Versorgung der Bevölkerung erhebliche Probleme aufwirft (J. Stockhausen). Um dieser, auch in den USA bestehenden Tendenz entgegenzuwirken, entschloß man sich dort, einen neuen Spezialarzt, den "Family Doctor", zu schaffen (W. Schweisheimer). Auch in Österreich nimmt die Zahl der praktischen Ärzte laufend ab (A. Freitag). Dagegen stellt die Allgemeinpraxis in Großbritannien kein Existenzproblem dar (R.N. Braun, 1967). Daß die Spezialisierung eine einfache Notwendigkeit geworden ist, steht außerhalb jeder Diskussion (A. Jores). Ein einzelner kann das Gesamtgebiet der Medizin nicht mehr überschauen, geschweige denn beherrschen (F.W. Strauch). Genauso notwendig ist aber auch der praktische Arzt (E. Sturm). Das Problem der Spezialisierung liegt in erster Linie in der Bewältigung der Kommunikation unter den Spezialisten. Sie muß den angestrebten Effekt, nämlich die "Totalversiertheit" des einzelnen Arztes zu ersetzen, unbedingt garantieren (P. Christian).

Soziale Faktoren und Arztbesuch

Einige Zusammenhänge zwischen sozialen Merkmalen von Patienten und deren Verhältnis zum Arzt hat R.H. Eling untersucht. Danach sind Patienten, die gut mit ihrem Arzt zusammenarbeiten auch häufig in anderen Organisationen tätig. Wo man z.B. in Fragen der Gesundheit des Kindes Rat holt, kann von der Form der Familie beeinflusst werden. Die erweiterte Familie mag genug Kenntnisse haben, um nicht zum Pädiater zu gehen. Die moderne Kernfamilie wird sich meist ausschließlich auf die Hilfe des Kinderarztes verlassen müssen. Auch hat jede Behandlung eines Patienten eine direkte oder indirekte Auswirkung auf dessen Familie (T.v. Uexküll, 1959).

Nach M. Pflanz (1962) geben in vielen Fällen keineswegs medizinische, sondern psychologische und soziale Faktoren den Anstoß, einen Arzt aufzusuchen. Einer dieser Faktoren dürfte sein, wie in einer Sozialgruppe die Grenze zwischen gesund und krank definiert ist, wobei sich im sozialen Wandel auch die Definition ändern kann. Patienten, die erst spät mit Krebsymptomen den Arzt aufsuchen, taten das auch schon früher bei anderen Krankheiten (R.K. Goldsen). In Deutschland kommen beispielsweise Frauen von Angestellten häufiger zur Schwangerenberatung als Arbeiterfrauen (M. Pflanz, 1962). Auch D. Baird stellte fest, daß viele Frauen aus höheren sozialen Schichten mit ausreichender Bildung und Intelligenz eine medizinische Betreuung in der Schwangerschaft voll ausnützen. Die Art, wie eine Schwangere und ihre Bekannten eine Institution sehen, bestimmt, ob diese Betreuung in der Frühschwangerschaft in Anspruch genommen wird und inwieweit die dort gegebenen Vorschriften befolgt werden (E.L. Koos, 1955).

In den USA gehen soziale Oberschichten öfters freiwillig zum Psychiater. Niedrigere Schichten gelangen meist erst durch polizeiliche oder gesundheitsbehördliche Organe zur Behandlung oder Begutachtung (L.Z. Freedman, A.B. Hollingshead;

A.B. Hollingshead, F.C. Redlich). Leider begeben sich Leute, die sich krank fühlen, oft aus Angst vor der Gewißheit nicht in ärztliche Behandlung (J.G. Henderson, E.D. Wittkamer, M.N. Loughheed). H.W. Vasterling vertritt die Auffassung, daß die zunehmende Kenntnis der Bedeutung bestimmter gynäkologischer Störungen dazu führt, daß viele Frauen bei solchen Abweichungen unverzüglich den Arzt aufsuchen. Dadurch wird gerade bei Malignomen eine rechtzeitige Diagnose und ein erfolgversprechender Behandlungsbeginn ermöglicht. Auch zeigt sich eine Abhängigkeit zwischen Arztdichte und Arztbesuch. Patienten mit banalen Infekten gehen häufig nur dann zum Arzt, wenn er mit schweren Fällen nicht überlastet ist (M. Pflanz, 1961). Trotz der großen Arztdichte haben die Ärzte in der Bundesrepublik ebensoviel zu tun wie ihre Kollegen in Ländern mit geringerer Arztdichte (M. Pflanz, 1965). Nach einer Untersuchung der Medizinischen Gesellschaft in Basel nimmt die Arbeitszeit der Schweizer Ärzte laufend zu (G. König). Der Kranke wählt seinen Arzt nach den Werten aus, die allgemein in der Gesellschaft gelten. Es ist daher nicht verwunderlich, daß Angehörige von Minoritäten in der Medizin nicht zahlreich vertreten sind (E.C. Hughes). Der Inhalt stereotyper Vorurteile gegenüber Minoritäten ist größtenteils wertend-moralisch, wobei meist eine "Mittelstandsmoral" als Maßstab verwendet wird (P. Heintz).

Die Arzt-Patient-Beziehung

Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen dem Gynäkologen und seiner Patientin vertritt J.C. Donovan im Anschluß an Szasz, Hollender und Engel folgende vier Theorien:

1. Die "aktiv-passive" Beziehung: Der Arzt ist dominierende Autorität. Die Patientin stellt das völlig passive Element dar.

2. Das "Führungs-Zusammenarbeitsverhältnis": Der Arzt führt durch Instruktion und Information. Die Patientin akzeptiert die Vorschriften, jedoch nicht kritiklos.
3. Die "mutuelle Partizipation": Der Arzt hat Kenntnisse, die die Patientin benötigt. Er gibt ihr Anweisungen, wie sie sich selbst - meist bei chronischen Erkrankungen - behandeln kann.
4. Der Arzt ist das "Ersatz-Ich" der Patientin: In schweren Fällen überträgt die Patientin dem Arzt nicht nur die Verantwortung für die somatische Erkrankung, sondern auch die eigenen Probleme.
Auch W. Schoene (1963) zeigte, daß dem Arzt von seiten seiner Patientin eine Zuständigkeit in Dingen, die über sein Fach hinausgehen, zugeschrieben wird.

An über 400 in einer Klinik aufgenommenen Patienten wurde nachgewiesen (J.C. Donovan), daß schwerkranke, aber intelligente und gut adaptierte Patienten mit Beendigung der kritischen Situation ihre Abhängigkeit vom Arzt lösen. Bei schlecht- oder fehlangepaßten Patienten kam es nach Überwindung des kritischen Punktes zu Störungen. Das Arzt-Patient-Verhältnis komplizierte sich dadurch und die Genesung wurde verzögert.

Diese obengenannten vier Theorien werden von J.C. Donovan an zwei Situationen aus der Praxis illustriert. Bei der akuten Erkrankung, die eine sofortige Operation erfordert, ist die aktiv-passive Beziehung adäquat. Im Verlauf der Heilung wird dann das Verhältnis von Führung und Zusammenarbeit an die Stelle dieser Beziehung treten. Bei der symptomatischen Behandlung ohne operativen Eingriff ist

die Persönlichkeitsstruktur der Patientin ausschlaggebend. Für die reife, gut angepasste Frau wird eine Führung und Zusammenarbeit optimal sein. Der neurotischen Patientin gegenüber sollte der Arzt die aktiv-passive Position einnehmen. Allerdings muß hier bei einer psychotherapeutischen Behandlung der Erfolg nicht identisch mit der Symptomenheilung sein (C. Condrau).

Das gekonnte ärztliche Interview stellt eine produktive interpersonelle Beziehung dar. Die Patientin fühlt, daß ein Interesse des Arztes für sie selbst und nicht nur für ihre Symptome besteht. Dies kann sogar soweit gehen, daß - vornehmlich bei funktionellen Erkrankungen, an denen nach statistischen Untersuchungen ein Großteil der Patienten leidet (T.v.Uexküll, 1963) - gerade die Aussprache mit dem Arzt zum eigentlichen Therapeutikum wird (W. Tochtermann). Ein ärztliches Gespräch unter vier Augen kann bisweilen die Situation mehr aufhellen, als dies durch einen großen technischen Aufwand möglich ist (F.W. Strauch). Die Rolle des Arztes ist also nach der Rolle des Patienten ausgerichtet, nicht umgekehrt (J.J. Rhode, 1962). Ähnlich definiert auch F.A. E. Crewe den Arzt: Er ist eine sozial bedingte Person, deren Eingriffe in einem System Platz haben, das die Rolle, die er spielt, bestimmt und das Wertsystem vorschreibt, das sein Verhalten determiniert.

Vom Arzt erwartet man, daß er auf die Rolle des Kranken eingeht. Er hat ihn von seiner normalen Rolle zu befreien und nicht zu erwarten, daß er sich "zusammennimmt". Er hat den Gesundheitswillen des Patienten zu akzeptieren und in Zusammenarbeit mit ihm die Genesung zu fördern. Dagegen wird vom Arzt nicht erwartet, daß er dem Wunsch des Patienten, sich durch Krankheit einer belastenden Situation zu entziehen, entgegenkommt. Diese Theorie von T. Parsons (1962) bestätigt D.M. Schneider durch eine empirische Erhebung bei Rekruten während und nach

der Grundausbildung. A. Geissler zeigt, daß Ärzte und Patienten auch eher dem Bild des Arzt-Patient-Verhältnisses zuneigen, das durch soziologische Analyse umrissen ist.

Nach R. König ist die Arzt-Patient-Beziehung nicht nach dem Schema einer soziologischen Zweierbeziehung (Dyade) adäquat aufzufassen. Sie muß einzig unter der ständigen Berücksichtigung des Grundes, warum der Patient den Arzt aufsucht, betrachtet werden. Dabei tritt der ganze Mechanismus der Krankheit mit ihrem Eigengewicht und den notwendigen medizinischen Dienstleistungen hervor. Man darf es nicht als selbstverständlich ansehen, daß ein Angebot von ärztlichen Diensten auch unmittelbaren Kontakt zwischen Arzt und Patient nach sich ziehen müsse. Gerade die soziale Distanz von Arzt als Vertreter eines akademischen Berufes und den meisten seiner Patienten, die aus ganz anderen Schichten stammen, kann das Ver-nis beeinträchtigen. Dieser psychologischen Kontakt-nahme stehen soziale Hemmnisse im Wege, die sich übrigens spezifizieren lassen. So weist M. Balint darauf hin, wie wichtig in der Krankheit die Frage des Patienten nach der Diagnose ist. Es ergibt sich hier eine Kluft, die durch die Einseitigkeit der wissenschaftlichen Sprache bedingt ist. Es ist für den Arzt schwer, häufig sogar unmöglich, dem Patienten den Sinngehalt einer Diagnose so klarzumachen, daß der Patient die richtigen Vorstellungen von dieser Erkrankung bekommt. A.C. Kinsey (1953) stellte in diesem Zusammenhang fest, daß die größte Schwierigkeit für die Erhaltung sachlich zuverlässiger Ergebnisse in der Verwendung der richtigen Sprache lag.

Definitionen zum Thema und Abgrenzung der untersuchten Population

Unter Image versteht man nach G. Kleinig "im allgemeinen die Gesamtheit aller Wahrnehmungen, Vorstellungen, Ideen und Bewertungen, die ein Subjekt von einem Objekt besitzt, was dieses Objekt auch sein möge, ein Gegenstand, eine Person, eine Verhaltensweise, eine Situation, kurz alles, was in irgendeiner Form real ist. Bild ist ein dem Image entsprechender Ausdruck, wenn man unter Bild nicht nur die wahrgenommenen, sondern auch die vorgestellten, ausgedachten, vermuteten Eigenschaften und Gegebenheiten versteht und die Bewertung und Deutung mit einbezieht".

Das Subjekt sind in unserem Falle die Patientinnen der Universitätsfrauenklinik Erlangen, die vom 31.5.1966 bis 15.5.1967 zur Aufnahme auf gynäkologischen Stationen kamen. Insgesamt wurden 1784 Interviews durchgeführt.

Das Objekt stellt der Frauenarzt dar. In Interviews wurden die Vorstellungen vom Gynäkologen erfragt, soweit sie sich auf klar definierte Eigenschaften und einfach formulierte Tätigkeitsbereiche des Frauenarztes beziehen.

Die Fragen nach Familienstand, Alter und Geschlecht des Frauenarztes bezogen sich auf das I d e a l bild (= Wie sollte der Arzt nach Meinung der Patientin sein), die Frage nach den Tätigkeitsbereichen dagegen auf das R e a l bild (= Was tut der Arzt nach Meinung der Befragten tatsächlich).

Bei Betrachtung der Ergebnisse ist stets zu bedenken, daß es sich bei einer Universitätsklinik um eine spezialisierte Institution handelt. Dadurch sind die Patien-

tinnen einer starken Vorselektion unterworfen, So gehen von 1200 gesundheitsbeeinträchtigten Personen nur 100 zum Hausarzt und nur 9 kommen in fachärztliche Behandlung (M. Pflanz, 1962). Außerdem sind die Befragten - bedingt durch ihre Erkrankung - wenigstens in der Klinik mit einem Gynäkologen in Kontakt gekommen. Auch dürften die meisten Patientinnen vor ihrer Krankenhausaufnahme von dem einweisenden Arzt zumindest in groben Zügen über das Ziel der stationären Aufnahme informiert worden sein. Es ist deshalb wahrscheinlich, daß die Ergebnisse dieser Untersuchung von denen einer Repräsentativerhebung außerhalb der Klinik abweichen.

Methodik der Untersuchung

1. Datenerhebung

Die hier ausgewerteten Daten wurden in Interviews mit den Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Erlangen erhoben. Es wurde versucht, alle Frauen, die zur stationären Aufnahme auf gynäkologische Abteilungen kamen, zu befragen. Die Untersuchung erstreckte sich auf den Zeitraum vom 15. Juni 1966 bis 31. Mai 1967. In dieser Zeit wurden 1784 Befragungen durchgeführt. 4,3 % aller aufgenommenen Patientinnen konnten nicht interviewt werden. Dieser Prozentsatz setzt sich aus folgenden Frauen zusammen: Patientinnen unter 15 Jahre, Klinikangehörige, Ausländerinnen, Patientinnen, die von einer psychiatrischen Klinik überwiesen wurden und Frauen, die das Interview verweigerten. Kam eine Frau innerhalb des Untersuchungszeitraumes wiederholt in die Klinik, so wurde sie nur das erste Mal befragt. Beim Interview selbst waren nur der Interviewer und die Patientin im Zimmer. Kam zufällig eine dritte Person in den Raum, so wurde die Befragung für kurze Zeit unterbrochen. Allen Frauen wurden die Fragen im gleichen Wortlaut und dergleichen Reihenfolge gestellt. Verstand eine Probandin den Wortlaut einer Frage nicht, so wurde diese Frage nochmals wörtlich vor-

gelesen. Der Interviewer gab keine zusätzlichen Erklärungen zu einer Frage und enthielt sich auch jeglicher Stellungnahme bei den gegebenen Antworten. Den Interviewern - Doktoranden der Klinik - waren die später zu bearbeitenden Themen nicht bekannt, um einer eventuellen emotionalen Beeinflussung der Patientin oder Verzerrungen der Antworten durch Hypothesenkenntnis vorzubeugen. Der Fragebogen wurde nach dem Interview noch ergänzt (z.B. Diagnosen, Berechnung der Sozialschicht usw.).

2. Indikatoren für soziale Merkmale und Vorstellungen vom Frauenarzt

Soziale Merkmale:

1. Alter der Patientin
2. Geschlecht des einweisenden Arztes
3. Größe des jetzigen Wohnortes
4. Familienstand
5. Schulbildung der Patientin
6. Schulbildung des Ehemannes
7. Zuletzt ausgeübter Beruf der Patientin
8. Zuletzt ausgeübter Beruf des Ehemannes
9. Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters
10. Konfession der Patientin
11. Häufigkeit des Arztbesuches
12. Häufigkeit des Frauenarztbesuches ohne Beschwerden
13. Gründe, die die Frauen im allgemeinen vom Besuch des Frauenarztes abhalten
14. Schwangerschaft
15. Berufliche Mobilität zwischen Patientin und Vater
16. Berufliche Mobilität durch Heirat
17. Berufliche Mobilität innerhalb der selbst ausgeübten Beruf
18. Sozialschicht

Vorstellungen vom Frauenarzt:

1. Gehen Frauen lieber zu einer Frauenärztin oder zu einem Frauenarzt
2. Wie alt sollte ein Frauenarzt sein zu dem man Vertrauen haben kann
Altersabstände 10 Jahre
3. Sollte ein Frauenarzt verheiratet sein oder ist das egal
4. Welche Tätigkeit führt ein Frauenarzt nach Meinung der Patientin aus

Gesondert zu betrachten sind die Angaben über folgende Merkmale (vgl. hierzu auch E.K. Scheuch, 1961):

1. Berufsgruppen:

Arbeiter : Code 11, 12, 13, 14
 Angestellte : Code 21, 22, 23
 Beamte : Code 31, 32, 33
 Selbständige und freie Intellektuelle:
 Code 41, 42, 43, 44, 45, 46
 Journalisten, Hausfrauen, Rentner:
 Code 51, 57, 58
 Keine Angaben, kein Beruf, weiß nicht:
 Code 00, 99

Code		Bewertung
00	nicht bekannt, kein Beruf etc.	-
10	<u>Arbeiter</u>	
11	ungelernte Arbeiter	1
12	angelernte Arbeiter und Heimarbeiter	4
13	gewöhnliche Facharbeiter	9
14	höchstqualifizierte Facharbeiter (Lehre und zusätzliche Ausbildung)	13

Code	Bewertung
20	<u>Angestellte</u>
21	ausführende Angestellte (z.B. Kontorist, Verkäufer) 10
22	qualifizierte Angestellte (z.B. Buchhalter, Kassierer) 16
23	leitende Angestellte (z.B. Angestellte mit Prokura in größerem Betrieb, Direktoren) 27
30	<u>Beamte und Behördenangestellte</u>
31	untere Beamte (bis Obersekretär, Betriebsassistent incl.) 10
32	mittlere Beamte (bis Amtmann und Assessor, Assistent, Lehrer incl.) 15
33	leitende Beamte (ab Regierungsrat incl.) 23
40	<u>Selbständige</u>
41	kleinere Selbständige (z.B. Einzelhändler, Handwerker) 15
42	mittlere Selbständige (z.B. Großhändler, Hauptvertreter) 20
43	führende Selbständige (z.B. Unternehmer) 30
44	<u>Freie intellektuelle Berufe</u> (z.B. Arzt, Anwalt, Künstler usw.) 25
45	Landwirte (kleinere Betriebe, zusätzliche Berufsarbeit) 15
46	Landwirte (größere Betriebe, ohne zusätzliche Arbeit) 20
51	Journalisten 16
57	Hausfrau -
58	Rentner -
99	keine Angaben -

2. Schulbildung:

Folgende Gruppen wurden gebildet:

- A) bis Volksschule abgeschlossen: Code 0, 1
- B) mehr als Volksschule bis mittlere Reife: Code 2, 3, 4
- C) mehr als mittlere Reife: Code 5, 6, 7, 8, 9

Code		Bewertung
0	Volksschule unvollständig	2
1	Volksschule vollständig	4
2	Handelsschule, Mittelschule ohne Abschluß (und Entsprechendes)	5
3	Höhere Schule (bis Obertertia incl.)	7
4	Mittlere Reife	9
5	Höhere Schule (länger als Untersekunda, aber ohne Abitur)	11
6	anerkannte höhere Fachschule mit Abschluß .	12
7	Abitur	14
8	Universität oder Technische Hochschule (ohne Abschluß)	18
9	Universität oder Technische Hochschule (mit Abschluß)	20

3. Einkommen:

Code		Bewertung
00	nicht bekannt	-
10	bis 199 DM (a)	1
11	200 bis 299 DM (b)	3
12	300 bis 449 DM (c)	5
13	450 bis 599 DM (d)	7
20	600 bis 749 DM (e)	9
21	750 bis 899 DM (f)	11
22	900 bis 1049 DM (g)	13
23	1050 bis 1199 DM (h)	15
30	1200 bis 1499 DM (i)	17
31	1500 bis 1999 DM (j)	19
32	2000 und mehr DM (k)	20
99	Antwort verweigert, keine Angabe	-

(Einkommen zur Berechnung der Sozialschicht nötig!)

4. Richtung der beruflichen Mobilität:

- a) Beruflicher Aufstieg: z.B. unterer Beamter -
mittlerer Beamter
- b) Beruflicher Abstieg : z.B. Landwirt - angelernter
Arbeiter
- c) Berufliche Konstanz : z.B. qualifizierter Ange-
stellter - mittlerer Beamter

5. Sozialschicht:

Wird errechnet aus den Bewertungen von Einkommen, Schul-
bildung und z.Zt. ausgeübtem Beruf (siehe Fragebogen 4/79).

Unterschicht : Summe der Bewertungen bis 22

Mittelschicht: Summe der Bewertungen von 23 bis 39

Oberschicht : Summe der Bewertungen über 39

3. Datenauswertung

Die Gesamtzahl einer Spalte wurde gleich 100 % gesetzt.
Die Summe der einzelnen Prozentangaben kann etwas von
100 % abweichen, da die Prozente jeweils abgerundet wur-
den. Außerdem war das Computerprogramm nur auf ganze Zah-
len eingestellt.

Antworten oder Antwortengruppen, die bei der Gesamtver-
teilung unter 5 % (ca. 90 Personen) lagen, blieben unbe-
rücksichtigt, da sich diese Zahl bei Korrelationen viel
zu sehr aufsplitteln würde, um noch eine aussagekräftige
Antwort zu ermöglichen (siehe bei den einzelnen Kapiteln).

Die Gesamtzahl von 1784 Interviews wurde bei den wenigsten
Tabellen erreicht. Das liegt daran, daß erstens viele
Fragen nicht allen Patientinnen gestellt wurden (z.B.
Schulbildung des Ehemannes nicht an ledige und verlobte
Frauen). Zweitens konnten nicht alle angegebenen Möglich-
keiten entweder wegen zu geringer Zahlen oder ohne Aus-
sagekraft berücksichtigt werden (z.B. Frauen ohne Kon-

fession, eine Angabe wie "Sonstiges"). Drittens läßt es sich bei dieser Anzahl von Lochkartenspalten - die Gesamtspaltenzahl der hier verwendeten Lochkarten betrug über eine halbe Million - nicht vermeiden, daß sich beim Interview, beim Lochen und bei der Prüfung der Karten Fehler einschleichen. Viertens wurde die Frage "Wie alt sollte ein Frauenarzt sein?" zu Beginn der Interviews irrtümlich nur an Frauen gestellt, die sich bei der Frage nach dem Geschlecht des Arztes für einen Frauenarzt entschieden hatten. Dadurch wurde diese Frage nur in 1525 Fällen gestellt. Bei den restlichen 259 Fragebogen (= 15,7 %) blieb diese Spalte leer.

Die in dem einzelnen Kapitel behandelte Frage findet sich als abhängige Variable immer am Tabellenrand.

Die unabhängige Variable findet sich als Überschrift innerhalb der einzelnen Kapitel über der Tabelle.

Die Zahl "N" bei den Tabellen stellt die Gesamtsumme der einzelnen Spaltensummen dar.

Nach R. König (1958) gelten Alter und Geschlecht als Bezugspunkt für den Status innerhalb der Gesellschaft. Es muß daher versucht werden, diese Einflüsse auf die Korrelationen - soziales Merkmal und Vorstellungen vom Frauenarzt - auszuschalten. In unserem Falle ist es nur notwendig, eine Altersstandardisierung vorzunehmen, da ja alle Probanden weiblichen Geschlechts sind. Das Prinzip der dabei angewendeten Methode liegt in einem Vergleich der gefundenen Anteile einer Entscheidung innerhalb einer soziologischen Gruppe mit dem Anteil, der zu erwarten wäre, wenn die Altersverteilung in den zu vergleichenden Gruppen gleich wäre. Um dies zu erreichen, sind folgende Korrelationen nötig:

1. Soziales Merkmal - Vorstellungen über den Frauenarzt
2. Soziales Merkmal - Alter der Patientin
3. Vorstellungen über den Frauenarzt - Alter der Patientin

Die erste Tabelle ergibt die zu untersuchende Beziehung. Aus Tabelle 2 und 3 errechnet sich ein zu erwartender Wert, der dann mit dem tatsächlichen Wert der Tabelle 1 verglichen werden kann. Dies soll an einem Beispiel erläutert werden:

Von 880 evangelischen Frauen entscheiden sich 346 = 39 % für einen Frauenarzt.

Alter (Jahre)	n	M	$\frac{n \cdot M}{100}$
bis 20	42	35	14,70
21 - 30	215	46	98,90
31 - 40	179	41	73,39
41 - 50	163	39	63,57
51 - 60	154	36	55,44
61 - 70	88	34	29,92
über 70	40	34	13,60
$\sum n = 881$			$\sum \frac{n \cdot M}{100} = 349,52$

n = Altersverteilung der evangelischen Frauen in absoluten Zahlen (s. Tab. im Anhang)

M = Altersverteilung der Frauen, die sich für einen Arzt entscheiden in Prozents (s. Tab. 1)

Multipliziert man nun n und M und dividiert durch 100, so erhält man die absolute Zahl von Frauen in einer Altersklasse, die sich erwartungsgemäß für den Frauenarzt entscheiden. Die Summe dieser Einzelwerte ergibt nun die absolute Zahl von Frauen, die sich erwartungsgemäß für den Arzt entscheiden, d.h. von den 215 evangelischen Frauen im Alter von 21 - 30 Jahren erwartet man von ca. 99 Frauen eine Entscheidung zugunsten des Arztes. Von allen 881 evangelischen Patientinnen erwartet man, daß sich ca. 350 für den Gynäkologen entscheiden. Es schien in unserem Falle angebracht, noch einen Schritt weiterzugehen. Betrachtet man die Summe von evangelischen Frauen bei der Korrelation mit dem Alter, so ergibt sich hier die Zahl

881 (s. entsprechende Tab. im Anhang). Die Summe von evangelischen Frauen bei der Korrelation mit dem Geschlecht des Frauenarztes gibt aber 880 (s. Tab. 10). Das rührt daher, daß alle Lochkarten, die entweder bei dem sozialen Merkmal (hier evangelisch) oder bei der Vorstellung vom Frauenarzt (hier Arzt) ein Blankfeld hatten, nicht gezählt wurden. Vergleicht man nun die absoluten Zahlen, die gefunden und erwartet wurden, so kann sich leicht eine Täuschung ergeben. Prozentuiert man aber den zu erwartenden Wert, so ist ein direkter Vergleich mit dem gefundenen prozentualen Wert möglich. In unserem Beispiel also:

$$\frac{349,52}{881} \cdot 100 = 39,67 \% \approx 40 \%$$

Diese Prozentangabe bezeichnen wir als "Erwartungswert". Er errechnet sich aus dieser Formel:

$$EW = \frac{n_1 M_1 + n_2 M_2 + \dots + n_7 M_7}{n_1 + n_2 + \dots + n_7} ; \quad \begin{array}{l} (7, \text{ weil sieben} \\ \text{Altersklassen} \\ \text{gebildet wurden}) \end{array}$$

$$\text{oder:} \quad EW = \sum_{i=1}^7 (n_i \cdot M_i) : \sum_{i=1}^7 n_i$$

T e i l 2

Kapitel 1

In diesem Kapitel soll untersucht werden, ob Frauen im allgemeinen lieber zu einer Frauenärztin oder zu einem Frauenarzt gehen und von welchen sozialen Merkmalen diese Wahl beeinflusst wird.

Die Frage 67 (3/39) lautet: "Was glauben Sie, gehen Frauen im allgemeinen lieber zu einer Frauenärztin oder zu einem Frauenarzt?"

Dem Interviewer lag dieser Code vor: 0 = weiß nicht etc.

1 = Frauenärztin

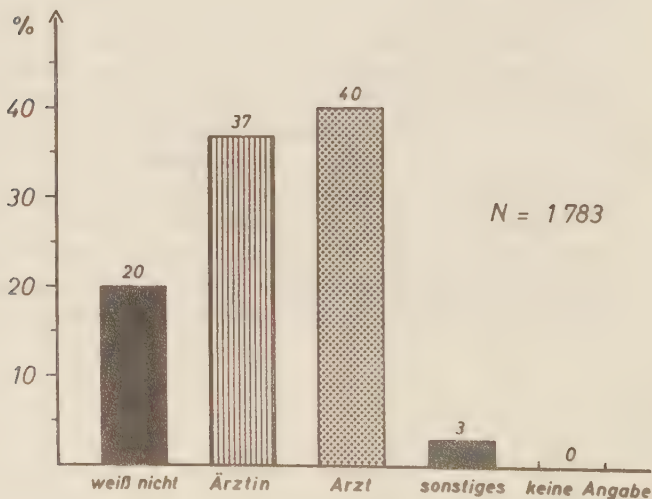
2 = Frauenarzt

8 = Sonstiges

9 = keine Angabe

Die Gesamtverteilung der Antworten ergibt sich aus der Abbildung 1.

Abb.1



Die Spalten "Sonstiges" (= 3 %) und "Keine Angabe" (= 0 %) wurden in den Tabellen des Kapitels 1 zur Gruppe "Rest" zusammengefaßt.

Aus der Gesamtverteilung läßt sich eine leichte Bevorzugung des Frauenarztes von 3 % erkennen.

1. Alter der Patientin (Tab. 1)

	- 20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		über 70	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
weiß	9	11	56	13	73	21	78	21	71	23	52	28	25	36
nicht														
Ärztin	46	54	159	38	113	33	138	37	121	39	57	31	19	27
Arzt	30	35	192	46	141	41	146	39	112	36	62	34	24	34
Rest	0	0	11	3	14	4	9	2	11	3	12	7	2	3
	85		418		341		371		315		183		70	

N = 1783

Je älter die Patientin war, desto häufiger gab sie die Antwort "weiß nicht". In den Altersklassen bis 40 Jahre zeigte sich eine abnehmende Bevorzugung der Gynäkologin, in den Klassen bis 30 Jahre eine zunehmende Entscheidung zugunsten des Frauenarztes. Während Frauen unter 20 Jahre häufiger die Ärztin wählten, entschieden sich Patientinnen von 21 - 40 Jahre und über 70 Jahre eher für den Arzt. Die Klassen 41 - 70 Jahre wählten Arzt und Ärztin etwa gleich oft.

2. Einweisender Arzt (Tab. 2)

	Ärztin			Arzt		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	39	18	20	263	21	20
Ärztin	125	57	39	412	33	37
Arzt	53	24	39	529	42	39
Rest	4	2		44	3	
	221			1248		

N = 1469

Patientinnen, die von einer Frau in die Klinik eingewiesen wurden, entschieden sich öfter für Ärztin als für Arzt. Umgekehrt wählten Patientinnen, die von einem Arzt eingewiesen wurden, öfter den Frauenarzt als die Gynäkologin. Diese Frauen gaben auch dem Mann mehr den Vorzug als Patientinnen, die von einer Frau ins Krankenhaus geschickt wurden. Entsprechend lag die Entscheidung für Ärztin bei Frauen, die von einer Ärztin eingewiesen wurden höher als bei Patientinnen, die von einem Mann überwiesen wurden. Das Alter hatte aufgrund des Erwartungswertes bei dieser Korrelation nur geringen Einfluß.

3. Jetziger Wohnort (Tab. 3)

	Dorf				Klein- stadt				Mittel- stadt				Groß- stadt			
	abs. %		EW		abs. %		EW		abs. %		EW		abs. %		EW	
weiß	190	25	21	48	20	21	101	16	19	11	13	21				
nicht																
Ärztin	302	39	37	94	40	36	217	34	37	22	27	36				
Arzt	251	33	39	83	35	39	312	48	40	48	58	40				
Rest	25	3		11	5		17	3		2	2					
	768				236				647				83			

N = 1734

Frauen aus dem Dorf oder einer Kleinstadt wählten die Ärztin öfter als Frauen, die aus einer größeren Stadt kamen. Je größer der Wohnort war, desto häufiger entschieden sich die Patientinnen für den Gynäkologen und desto weniger gaben sie die Antwort "weiß nicht". Dorfbewohnerinnen entschieden sich öfter für die Ärztin als für den Arzt. Bei Frauen aus größeren Orten war das umgekehrt.

4. Familienstand (Tab. 4)

	ledig			verheiratet			verwitwet, ge- schieden, ge- trennt lebend		
	abs. %	EW		abs. %	EW		abs. %	EW	
weiß	38	17	17	244	20	20	82	26	25
nicht									
Ärztin	86	38	41	451	37	36	116	36	35
Arzt	96	42	40	496	40	40	115	36	37
Rest	8	4		43	3		8	2	
	228			1234			321		

N = 1783

Der Familienstand nahm keinen Einfluß auf die Beantwortung der Frage. Die unterschiedlichen Prozentsätze sind auf die Altersverteilung der Gruppen zurückzuführen, da sich Erwartungswert und errechneter Wert in etwa gleichen!

5. Schulbildung der Patientin (Tab. 5)

	bis Volks- schule			bis Mittl. Reife			mehr als Mittl. Reife		
	abs. %	EW		abs. %	EW		abs. %	EW	
weiß	289	22	21	51	15	19	23	16	19
nicht									
Ärztin	507	39	37	104	32	37	42	29	36
Arzt	469	36	39	166	50	40	72	49	42
Rest	41	3		9	3		9	6	
	1306			330			146		

N = 1782

Patientinnen mit höherer Bildung als Volksschule bevorzugten deutlich den Gynäkologen. Umgekehrt ist zu entnehmen: Je niedriger die Schulbildung, desto häufiger entschied sich die Befragte für die Frauenärztin.

6. Schulbildung des Ehemannes (Tab. 6)

	Volks- schule			bis Mittl. Reife			mehr als Mittl. Reife		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	239	22	22	42	22	20	46	16	20
nicht									
Ärztin	423	39	36	62	32	36	79	28	36
Arzt	372	35	39	87	45	40	148	52	41
Rest	38	3		2	1		11	4	
	1072			193			284		

N = 1549

Auch hier zeichnen sich dieselben Ergebnisse wie in der vorausgegangenen Tabelle ab. Je höher die Schulbildung war, desto häufiger entschied sich die Befragte für den Arzt und desto weniger für seine Kollegin.

7. Zuletzt ausgeübter Beruf der Patientin (Tab. 7)

	Arbei- ter			Ange- stellte			Beamte			Selb- ständige			Hausfrau Rentner		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	217	24	21	79	14	18	7	12	18	21	24	23	29	23	24
nicht															
Ärztin	355	39	37	180	32	38	24	41	36	34	40	35	46	37	35
Arzt	300	33	39	284	51	41	25	42	42	26	30	38	49	39	37
Rest	33	4		11	2		3	5		5	6		2	2	
	905			554			59			86			126		

N = 1730

Arbeiterinnen und Selbstständige wählten mehr die Ärztin als den Arzt. Im Gegensatz dazu entschieden sich Angestellte öfter für den Gynäkologen als für die Frauenärztin. Hausfrauen bevorzugten weder Arzt noch Ärztin. Beamtinnen wählten die Ärztin häufiger als es dem Alter nach zu erwarten wäre. Aufgrund des Erwartungswertes mußten sie den Arzt häufiger wählen als die Ärztin. In Wirk-

lichkeit entschieden sie sich aber etwa gleich oft für beide!

8. Zuletzt ausgeübter Beruf des Ehemannes (Tab. 8)

	Arbeiter			Ange- stellte			Beamte			Selb- ständige		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	157	21	21	60	18	20	31	17	20	71	26	22
nicht												
Ärztin	278	37	36	123	36	36	62	33	36	103	38	35
Arzt	289	39	40	144	43	40	86	46	40	84	31	38
Rest	21	3		10	3		8	4		13	5	
	745			337			187			271		

N = 1540

Frauen von Angestellten und Beamten glauben, Frauen würden lieber zu einem Frauenarzt als zu einer Ärztin gehen. Gattinnen von Selbständigen gaben dagegen der Gynäkologin den Vorzug. Bei Arbeiterfrauen ist kein Unterschied festzustellen.

9. Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters (Tab. 9)

	Arbeiter			Ange- stellte			Beamte			Selb- ständige		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	155	21	20	28	17	19	33	16	20	132	22	21
nicht												
Ärztin	272	38	37	57	34	37	71	33	37	223	37	36
Arzt	275	38	40	78	47	41	102	48	40	218	36	39
Rest	19	3		4	3		6	3		28	4	
	721			167			212			601		

N = 1701

Während Töchter von Angestellten und Beamten den Frauenarzt vorzogen, gingen Töchter von Arbeitern und Selbständigen genauso gern zu einer Ärztin wie zu einem Gynäkologen. Am entscheidungsfreudigsten waren Töchter von Angestellten und Beamten.

10. Konfession der Patientin (Tab. 10)

	ev.			kath.		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	187	21	19	168	19	20
Ärztin	319	36	37	328	37	37
Arzt	346	39	40	350	40	40
Rest	28	3		31	3	
	880			877		

N = 1757

Die Konfession der Befragten zeigte keinen Einfluß auf das Urteil der Patientin.

11. Häufigkeit des Arztbesuches (Tab. 11)

	nie			selten			häufig			regelmäßig		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	68	24	21	73	19	20	41	19	20	164	19	20
Ärztin	107	38	37	147	38	37	81	38	37	304	36	37
Arzt	93	33	39	155	40	39	85	40	40	358	42	40
Rest	10	4		11	3		7	3		27	3	
	278			386			214			853		

N = 1731

Patientinnen, die regelmäßig den Arzt aufsuchten, entschieden sich öfter für den Gynäkologen als für die Frauenärztin. Im Gegensatz dazu wählten Frauen, die nie einen Arzt konsultieren öfter die Gynäkologin. Ob man sich für den Mann entscheidet hängt nicht von der Frequenz des Besuches ab: Frauen, die nie zum Arzt gingen, entschieden sich weniger für den Gynäkologen als Frauen, die in die Sprechstunde kommen. Letztere waren auch entscheidungsfreudiger.

12. Häufigkeit des Frauenarztbesuches ohne Beschwerden
(Tab. 12)

	nie	1 oder 2mal	öfter	regelmäßig
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	281 23 20	32 16 20	29 18 20	22 13 20
nicht				
Ärztin	481 39 37	63 32 36	50 30 37	56 33 37
Arzt	441 35 39	91 47 40	82 50 40	88 51 40
Rest	42 3	8 4	3 2	6 3
	1245	194	164	172

N = 1775

Frauen, die noch nie beim Frauenarzt waren, bevorzugten die Ärztin gegenüber dem Gynäkologen, obwohl man es eher umgekehrt erwarten sollte. Im Gegensatz dazu entschieden sich Frauen, die schon ohne Beschwerden in die gynäkologische Praxis kamen, sehr deutlich für den Gynäkologen. Auch hier ist nicht die Häufigkeit des Besuches entscheidend, sondern nur die Tatsache, ob die Befragte schon beim Frauenarzt war oder nicht.

13. Gründe, die nach Meinung der Patientinnen die Frauen vom Besuch eines Frauenarztes abhalten (Tab. 13)

	Gleichgültigkeit			Hemmungen			Angst vor der Gewißheit			Zeitmangel		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	84	23	20	163	18	20	39	23	21	29	21	19
Ärztin	113	31	36	351	40	37	55	32	36	51	36	36
Arzt	157	42	40	349	40	40	70	41	39	54	38	41
Rest	16	4		20	2		7	4		7	5	
	370			883			171			141		

N = 1665

Wenn man eine Identifikation mit der Allgemeinheit voraussetzt, kann man folgendes sagen: Gleichgültige und ängstliche Frauen zogen den Arzt der Ärztin vor, deutlicher als zu erwarten war. Dagegen fiel das Urteil gehemmter und unter Zeitmangel leidender Frauen weder für den Arzt noch für die Ärztin positiv aus. Frauen, die wegen Hemmungen dem Gynäkologen fern bleiben, entschieden sich aber öfter für eine Ärztin als Frauen, die aus anderen Gründen nicht zum Frauenarzt gehen.

14. Schwangerschaft (Tab. 14)

	nein			ja		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	65	18	18	299	21	21
Ärztin	125	35	38	527	37	36
Arzt	153	43	40	551	39	39
Rest	11	3		47	3	
	354			1424		

N = 1778

Befragte, die noch nie schwanger waren, gaben dem Frauenarzt mehr den Vorzug als der Ärztin. Bei Patientinnen, die schon einmal schwanger waren, verschwindet dieser Unterschied.

15. Mobilität zwischen Patientin und Vater (Tab. 15)

	Aufstieg abs. % EW	Abstieg abs. % EW	Konstanz abs. % EW
weiß	37 25 19	178 22 20	103 17 19
nicht			
Ärztin	42 28 37	284 36 36	242 40 37
Arzt	70 46 40	303 38 40	238 40 40
Rest	2 1	33 4	16 3
	151	798	599

N = 1548

Frauen, die gegenüber ihrem Vater aufgestiegen sind, entschieden sich öfter für den Gynäkologen als für die Ärztin. Bei den anderen Gruppen war diese Diskrepanz nicht festzustellen.

16. Mobilität durch Heirat (Tab. 16)

	Aufstieg abs. % EW	Abstieg abs. % EW	Konstanz abs. % EW
weiß	160 26 20	21 19 20	109 20 20
nicht			
Ärztin	153 25 35	42 38 36	203 37 37
Arzt	276 45 40	44 40 40	220 40 40
Rest	28 5	3 3	13 2
	617	110	544

N = 1271

Patientinnen mit Aufstieg gaben öfter die Antwort "weiß nicht", entschieden sich weniger für die Ärztin und öfter für den Arzt als die übrigen Frauen. Während der Unterschied zwischen Arzt und Gynäkologin nach dem Erwartungswert nur 5 % beträgt, liegt er in Wirklichkeit bei 20 %.

17. Mobilität innerhalb der selbst ausgeübten Berufe der Patientin (Tab. 17)

	Aufstieg abs. % EW	Abstieg abs. % EW	Konstanz abs. % EW
weiß	19 18 21	24 20 19	295 20 20
nicht			
Ärztin	37 35 36	53 44 37	534 37 37
Arzt	49 46 40	40 33 40	569 39 40
Rest	1 1	3 3	46 3
	106	120	1444

N = 1670

In Richtung Abstieg - Konstanz - Aufstieg nimmt die Beliebtheit des Gynäkologen wesentlich zu. Umgekehrt steigt die Beliebtheit der Frauenärztin. So war bei Frauen mit Aufstieg der Unterschied zwischen den Entscheidungen Arzt - Ärztin 11 % zugunsten des Mannes, bei Frauen mit Abstieg umgekehrt 11 % zugunsten der Frau.

18. Sozialschicht (Tab. 18)

	Unterschicht abs. % EW	Mittelschicht abs. % EW	Oberschicht abs. % EW
weiß	118 18 20	96 19 20	41 15 19
nicht			
Ärztin	253 40 37	192 37 37	88 32 37
Arzt	244 38 40	217 42 40	136 49 41
Rest	24 4	13 2	10 4
	639	518	275

N = 1432

Je höher die Sozialschicht war, desto öfter entschieden sich die Befragten für den Frauenarzt und desto weniger für die Gynäkologin. Der Erwartungswert macht diese Tendenz nicht mit, d.h. das Alter ist für diese Beziehung nicht verantwortlich.

Kapitel 2

Es dreht sich hier um die Frage, wie alt ein Frauenarzt sein soll, zu dem man Vertrauen haben kann und von welchen Merkmalen die Wahl der Befragten abhängt.

Die Frage 68 (3/40) lautet: "Wie alt sollte ein Frauenarzt sein, zu dem man Vertrauen haben kann?"

Dem Interviewer lag dieser Code vor: 0 = weiß nicht

1 = 30 - 35 J.

2 = 36 - 40 J.

3 = 41 - 45 J.

4 = 46 - 50 J.

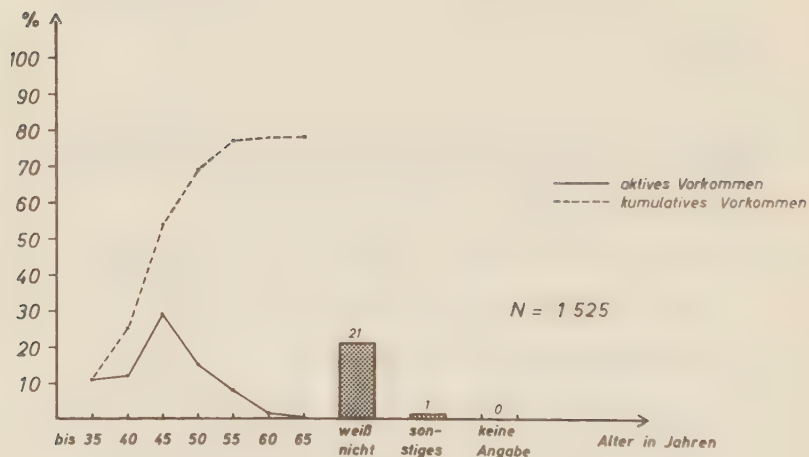
5 = 51 - 55 J.

6 = 56 - 60 J.

7 = 61 - 65 J.

Die Gesamtverteilung der Antworten ergab folgendes Bild (Abb. 2):

Abb. 2



In den folgenden Tabellen wurden je zwei Altersklassen zusammengefaßt.

Es ergaben sich dann diese Möglichkeiten: weiß nicht

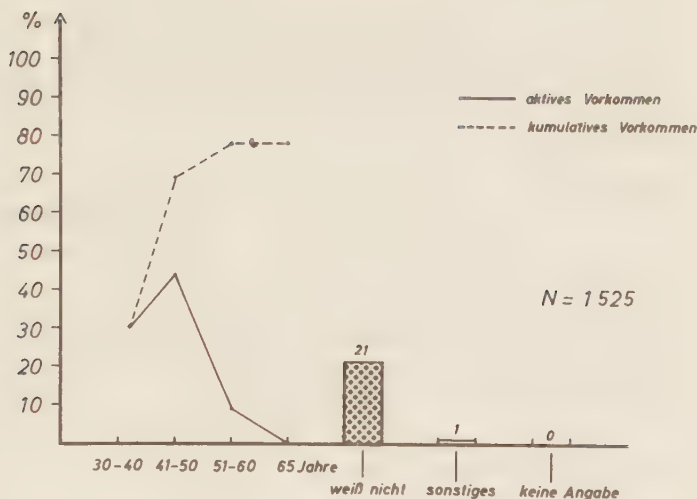
30 - 40 J.

41 - 50 J.

51 - 60 J.

Diese Verteilung zeigt die Abbildung 3:

Abb.3



Die Gruppe 61 - 65 Jahre, Sonstiges und K.A. (insgesamt 22 Personen = 1,4 %) erscheinen in den Tabellen in der Reihe "Rest".

In Anlehnung an A.C. Kinsey (1948, 1953) bedeutet:

aktives Vorkommen: prozentuales Vorkommen einer Entscheidung für eine bestimmte Lebensphase (z.B. das Alter des Gynäkologen von 41 - 45 Jahre wurde von 29 % aller Frauen bevorzugt),

kumulatives Vorkommen: prozentuales Vorkommen einer Entscheidung bis zu einem bestimmten Lebensabschnitt (z.B. das Alter des Gynäkologen bis 45 Jahre wurde von 54 % aller Frauen bevorzugt).

Aus diesen Definitionen geht hervor, daß erstens die Kurve für kumulatives Vorkommen nie niedriger als die für aktives Vorkommen sein kann und daß zweitens die Kurve für kumulatives Vorkommen sich nie unter einen einmal erreichten Wert senken kann.

Vorauszuschicken ist, daß bei den Korrelationen mit sozialen Merkmalen die Beliebtheit des 41 - 50jährigen Gynäkologen immer am größten und die des 51 - 60jährigen immer am geringsten ist. Die Beliebtheit der Altersgruppe 61 - 65 Jahre lag in der Gesamtverteilung unter 1 % und wurde deshalb bei den Korrelationen nicht mehr berücksichtigt. Bei den einzelnen Tabellen braucht daher auf diese Tatsache nicht jedesmal erneut eingegangen zu werden!

1. Alter der Patientin (Tab. 19)

	- 20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		über 70	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
weiß	15	23	65	18	60	20	59	18	54	21	46	29	24	40
nicht														
30-40 J.	21	32	112	32	80	27	63	20	65	25	26	16	8	13
41-50 J.	26	40	158	45	136	46	163	51	107	41	61	38	21	35
51-60 J.	3	5	18	5	17	6	35	11	32	12	22	14	6	10
Rest	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	2
	65		354		293		320		258		159		60	

N = 1509

Die Beliebtheit des 41 - 50jährigen Gynäkologen stieg bis zum Alter von 50 Jahren laufend an. Danach ist ein Abfall zu beobachten. Frauen unter 20 Jahre und Frauen im Alter

von 21 - 30 Jahre wählten den 30 - 40jährigen Arzt in 32 %. Bei älteren Frauen nahm die Beliebtheit dieser Gruppe gegenüber den jüngeren Frauen ab. Frauen über 50 Jahre bevorzugten den 51 - 60jährigen Gynäkologen mehr als doppelt so häufig wie Frauen vor dem fünfzigsten Lebensjahr. Während Patientinnen bis zum 60. Lebensjahr etwa gleich oft die Antwort "weiß nicht" gaben, waren Frauen über 60 Jahre wesentlich entscheidungsträger. Etwas verallgemeinert kann man sagen: Die Patientinnen entscheiden sich jeweils bevorzugt für einen Gynäkologen, der im Alter annähernd ihrem eigenen entsprach.

2. Einweisender Arzt (Tab. 20)

	Ärztin			Arzt		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	36	21	21	237	22	21
30 - 40 J.	38	22	25	270	25	25
41 - 50 J.	83	48	45	469	42	44
51 - 60 J.	15	9	8	103	9	9
Rest	0	0		4	0	
	172			1083		

N = 1255

Gleichgültig, von wem die Patientin eingewiesen wurde, die Frauen entschieden sich am meisten für den 40 bis 50jährigen Arzt. Die Entscheidung fiel am deutlichsten bei Leuten aus, die von einer Ärztin in die Klinik geschickt wurden.

3. Jetziger Wohnort (Tab. 21)

	Dorf			Klein- stadt			Mittel- stadt			Groß- stadt		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	144	22	21	41	20	22	116	21	21	13	18	21
nicht												
30-40 J.	148	33	25	60	29	24	136	25	26	14	20	24
41-50 J.	287	45	44	82	43	44	247	46	45	39	54	45
51-60 J.	63	10	9	20	10	9	40	8	8	6	8	9
Rest	4	1		0	0		2	0		0	0	
	646			203			541			72		

N = 1462

Großstadtbewohnerinnen entschieden sich deutlich mehr für den Arzt zwischen 41 - 50 Jahre als Frauen, die in kleineren Orten wohnen. Außerdem läßt sich erkennen: Je kleiner der Wohnort, desto mehr wählten dessen Bewohner die Altersklasse 30 - 40 Jahre.

4. Familienstand (Tab. 22)

	ledig			verheiratet			verwitwet, ge- schieden, ge- trennt lebend		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	44	23	21	205	20	20	74	28	25
nicht									
30-40 J.	64	33	28	255	24	26	56	21	20
41-50 J.	73	39	44	487	47	45	112	41	42
51-60 J.	9	5	7	99	9	8	25	9	11
Rest	0	0		4	0		2	1	
	190			1050			269		

N = 1509

Verheiratete, verwitwete, geschiedene und getrennt lebende Frauen verhielten sich dem Erwartungswert entsprechend. Dagegen entschieden sich ledige Patientinnen öfter für den 30 - 40jährigen und weniger für den 41 bis 50jährigen Arzt als dem Alter nach zu erwarten war.

5. Schulbildung der Patientin (Tab. 23)

	Volksschule	bis Mittl. Reife	mehr als Mittl. Reife
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	252 23 21	44 15 20	27 21 20
nicht			
30-40 J.	268 25 25	71 24 26	36 28 27
41-50 J.	466 42 44	150 52 45	65 44 46
51-60 J.	99 9 9	25 9 8	9 7 7
Rest	6 1	0 0	0 0
	1091	290	127

N = 1508

Die deutlichste Bevorzugung der Altersklasse 41 - 50 Jahre gegenüber älteren und jüngeren Ärzten trat bei der Bildungsgruppe "Mittlere Reife" auf. Diese Tatsache läßt sich auf die größere Entscheidungsfreudigkeit dieser Gruppe zurückführen. Die Bildungsgrade bis Volksschule und mehr als Mittlere Reife verhielten sich dem Alter entsprechend (EW!).

6. Schulbildung des Ehemannes (Tab. 24)

	Volksschule	bis Mittl. Reife	mehr als Mittl. Reife
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	199 22 21	33 19 20	45 18 20
nicht			
30-40 J.	230 26 24	25 15 25	57 23 26
41-50 J.	372 42 44	93 55 45	128 51 45
51-60 J.	87 9 9	17 10 9	18 7 8
Rest	5 1	0 0	1 0
	893	170	249

N = 1312

Wenn der Ehemann mehr als Volksschule hatte, so entschieden sich die Frauen deutlicher für den Arzt zwischen 41 - 50 Jahre als wenn der Ehemann Volksschüler war. Die Gruppe "Mittlere Reife" wählte den 31 - 40jährigen Arzt weniger als die anderen Gruppen.

7. Zuletzt ausgeübter Beruf der Patientin (Tab. 25)

	Arbeiter	Ange- stellte	Beamte	Selb- ständige	Hausfrau
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	174 23 21	79 16 20	9 18 20	22 31 23	28 29 25
nicht					
30-40 J.	182 24 25	135 28 27	11 22 27	12 18 23	17 17 21
41-50 J.	331 42 44	233 49 45	26 52 45	29 41 43	36 38 42
51-60 J.	68 9 9	36 7 8	4 8 7	6 9 10	15 16 11
Rest	4 1	1 0	0 0	1 1	0 0
	759	484	50	70	96

N = 1459

Angestellte bevorzugten den 41 - 50jährigen Arzt öfter als Arbeiterinnen. Daß die Prozentsätze sowohl bei 30 - 40 Jahre als auch bei 41 - 50 Jahre bei Angestellten höher lagen als bei Arbeiterinnen, läßt sich auf die größere Entscheidungsfreudigkeit der Angestellten zurückführen. Angestellte und Beamtinnen wählten den 41 bis 50jährigen Arzt deutlich mehr als Arbeiterinnen, Selbstständige und Hausfrauen. Andererseits entschieden sich Beamtinnen, Selbstständige und Hausfrauen weniger für den 30 - 40jährigen Arzt als dem Erwartungswert entspricht.

8. Zuletzt ausgeübter Beruf des Ehemannes (Tab. 26)

	Arbeiter	Ange-	Beamte	Selb-
	abs. % EW	stellte	abs. % EW	ständige
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	127 20 21	59 20 20	24 15 21	63 28 22
nicht				
30-40 J.	160 26 25	75 25 26	31 20 25	48 22 23
41-50 J.	279 45 44	139 47 45	84 54 44	89 39 44
51-60 J.	51 8 9	25 8 8	16 10 9	28 12 10
Rest	5 1	0 0	1 1	0 0
	622	298	156	228

N = 1304

Beamtenfrauen entschieden sich mehr für das Alter 41 - 50 Jahre als andere Frauen. Dagegen wählten Arbeiterfrauen und Frauen von Angestellten das Alter 30 - 40 Jahre öfter als Ehefrauen von Beamten. Am unentschlossensten waren Gattinnen von freien Selbstständigen. Die größte Abweichung vom Erwartungswert zeigte die Gruppe der Beamtenfrauen.

9. Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters (Tab. 27)

	Arbeiter			Angestellte			Beamte			Selbstständige		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	131	22	20	30	20	20	29	16	20	114	23	22
30-40 J.	144	24	25	32	21	27	55	30	25	131	25	26
41-50 J.	273	45	44	74	49	45	87	48	45	205	40	44
51-60 J.	50	8	9	14	9	8	10	6	9	54	10	9
Rest	4	1		0	0		0	0		2	0	
	602			150			181			506		

N = 1439

Töchter von Selbständigen bevorzugten den 41 - 50jährigen Arzt weniger als die übrigen Frauen. Töchter von Angestellten und Beamten entschieden sich dagegen weniger für den 30 - 40jährigen Arzt als es der Erwartungswert vermuten läßt. Die Gruppe "Beamte" zeigte sich am entscheidungsfreudigsten. Für den 51 - 60jährigen Gynäkologen entschieden sich alle Frauen mit Ausnahme der Beamten-töchter erwartungsgemäß.

10. Konfession der Patientin (Tab. 28)

	ev.			kath.		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	149	20	21	162	22	21
30 - 40 J.	198	27	24	175	24	25
41 - 50 J.	340	46	44	327	44	46
51 - 60 J.	61	8	7	70	10	9
Rest	3	0		1	0	
	751			735		

N = 1486

Die Konfession war für die Antworten ohne Bedeutung.

11. Häufigkeit des Arztbesuches (Tab. 29)

	nie	selten	häufig	regelmäßig
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	54 26 21	76 23 21	41 22 20	135 18 21
nicht				
30-40 J.	42 20 25	88 26 25	51 28 25	181 25 25
41-50 J.	99 46 44	144 43 44	77 42 45	340 47 45
51-60 J.	19 9 9	28 8 9	14 8 9	70 10 9
Rest	0 0	1 0	0 0	5 1
	211	337	183	731

N = 1462

Je häufiger die Patientin den Arzt aufsuchte, desto leichter entschied sie sich. In den Extremgruppen "nie" und "regelmäßig" war die Differenz zwischen den Gruppen 30 - 40 Jahre und 41 - 50 Jahre am deutlichsten ausgeprägt. Frauen, die nie zum Arzt gingen, wählten den Gynäkologen zwischen 30 und 40 Jahren weniger als Frauen, die den Arzt aufsuchten, eine Tatsache, die auf die geringere Entscheidungsfreudigkeit zurückzuführen war.

12. Häufigkeit des Frauenarztbesuches ohne Beschwerden (Tab. 30)

	nie	1 oder 2mal	öfter	regelmäßig
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß	241 23 22	32 19 20	28 18 20	21 14 20
nicht				
30-40 J.	239 24 25	50 29 25	41 27 25	40 28* 25
41-50 J.	451 43 44	76 45 45	72 47 46	71 49 46
51-60 J.	99 10 9	10 6 9	11 7 9	13 9 8
Rest	6 1	0 0	0 0	0 0
	1036	168	152	145

N = 1501

Frauen, die regelmäßig den Gynäkologen konsultierten, gaben weniger die Antwort "weiß nicht" als es dem Alter nach zu erwarten war. Die Differenzen zwischen der Klasse 30 - 40 Jahre und 41 - 50 Jahre schwankten zwischen 16 und 21 %. Der Unterschied zwischen 41 - 50 Jahre und 51 - 60 Jahre lag bei Frauen, die noch nie beim Frauenarzt waren, niedriger als bei den übrigen Befragten.

13. Gründe, die nach Meinung der Patientinnen die Frauen vom Besuch eines Frauenarztes abhalten (Tab. 31)

	Gleich- gültig- keit	Hemmungen	Angst vor der Gewiß- heit	Zeitmangel
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß nicht	69 22 21	128 17 21	35 23 21	30 25 20
30-40 J.	89 28 25	182 24 25	37 23 24	31 26 26
41-50 J.	132 41 44	366 50 45	64 43 44	45 38 45
51-60 J.	24 8 8	67 9 9	13 9 9	12 10 8
Rest	3 1	2 0	0 0	0 0
	317	745	149	119

N = 1330

Die Diskrepanz zwischen der Altersklasse 30 - 40 Jahre und 41 - 50 Jahre betrug bei "gleichgültigen" Frauen 13 %, bei "gehemmten" Patientinnen 26 %, bei "ängstlichen" Befragten 20 % und bei Leuten mit "Zeitmangel" 12 %. Frauen mit "Hemmungen" fällten ihre Entscheidung am leichtesten, unter "Zeitmangel" leidende dagegen am schwersten. Die deutlichste Bevorzugung der Klasse "41 - 50 Jahre" zeigten Frauen mit "Hemmungen", während Frauen mit "Zeitmangel" diese Gruppe weniger wählten als man erwarten sollte.

14. Schwangerschaft (Tab. 32)

	nein			ja		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	58	19	21	265	22	21
30 - 40 J.	93	31	27	281	23	25
41 - 50 J.	133	44	44	538	44	44
51 - 60 J.	18	6	8	113	9	9
Rest	2	1		4	0	
	304			1201		

N = 1505

Frauen, die nie schwanger waren, entschieden sich öfter für den 30 - 40jährigen Frauenarzt als man das erwarten sollte. Bei Frauen, die schon schwanger waren, waren die Antworten dem Erwartungswert entsprechend verteilt.

15. Mobilität zwischen Patientin und Vater (Tab. 33)

	Aufstieg			Abstieg			Konstanz		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	23	19	21	141	21	21	100	20	21
30-40 J.	41	33	26	167	24	25	118	25	26
41-50 J.	53	43	45	308	45	45	240	48	45
51-60 J.	5	4	8	67	10	9	38	8	8
Rest	2	2		2	0		2	0	
	124			685			498		

N = 1307

Frauen mit beruflichem Aufstieg wählten den 30 - 40jährigen häufiger und den 51 - 60jährigen Frauenarzt etwas, aber unbedeutend, weniger als die anderen Patientinnen. Dieses Verhalten entspricht auch nicht der Erwartung. Frauen ohne berufliche Mobilität wählten bei gleichem

Erwartungswert den 41 - 50jährigen Arzt etwas häufiger als Befragte mit beruflichem Aufstieg.

16. Mobilität durch Heirat (Tab. 34)

	Aufstieg abs. % EW	Abstieg abs. % EW	Konstanz abs. % EW
weiß	113 18 21	18 20 21	109 24 21
nicht			
30-40 J.	156 25 25	28 31 25	98 21 25
41-50 J.	301 48 45	35 39 44	208 45 45
51-60 J.	55 9 9	7 8 9	41 9 9
Rest	3 0	1 1	2 0
	628	89	458

N = 1175

In Richtung Abstieg - Konstanz - Aufstieg nahm die Beliebtheit des 41 - 50jährigen Arztes zu. Bei gleichem Erwartungswert wählten Frauen mit Abstieg den 30 bis 40jährigen häufiger als die restlichen beiden Gruppen. Die Antwort "weiß nicht" gaben Frauen mit Aufstieg 6 % mehr als Patientinnen mit Konstanz.

17. Mobilität innerhalb der selbst ausgeübten Berufe (Tab. 35)

	Aufstieg abs. % EW	Abstieg abs. % EW	Konstanz abs. % EW
weiß	17 18 21	23 26 20	257 21 21
nicht			
30-40 J.	23 24 24	13 14 26	303 25 25
41-50 J.	43 45 45	44 49 46	548 45 44
51-60 J.	13 14 9	9 10 9	96 8 9
Rest	0 0	1 1	5 0
	96	90	1209

N = 1365

Frauen mit beruflichem Abstieg gaben häufiger die Antwort "weiß nicht" und entschieden sich seltener für das Alter 30 - 40 Jahre als die anderen Befragten. Frauen mit Aufstieg wählten auch den 51 - 60jährigen Gynäkologen häufiger als die restlichen Gruppen und häufiger als dem Alterserwartungswert entspricht.

18. Sozialschicht (Tab. 36)

	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
	abs. % EW	abs. % EW	abs. % EW
weiß nicht	106 20 21	67 16 20	41 18 20
30-40 J.	143 27 25	114 27 26	58 25 26
41-50 J.	226 44 44	206 48 45	115 49 46
51-60 J.	41 8 9	43 10 6	7 7 8
Rest	3 1	1 0	1 0
	519	431	232

N = 1182

Je höher die Sozialschicht war, desto größer wurde der Unterschied zwischen der Entscheidung für den Gynäkologen von 41 - 50 Jahre und seinen älteren bzw. jüngeren Kollegen. Diese Beziehung kommt aber möglicherweise durch die Altersverteilung innerhalb der Sozialschichten zustande. Die Erwartungswerte unterscheiden sich nicht wesentlich von den Beobachtungswerten.

Kapitel 3

In diesem Kapitel geht es um die Frage, ob ein bestimmter Familienstand des Gynäkologen vorgezogen wird.

Die Frage 69 (3/41) lautet: "Viele Frauen sagen, Frauenärzte sollten verheiratet sein und viele Frauen sagen, daß das egal ist, wie denken Sie darüber?"

Dem Interviewer lag dieser Code vor: 0 = weiß nicht etc.

1 = sollte verheiratet sein

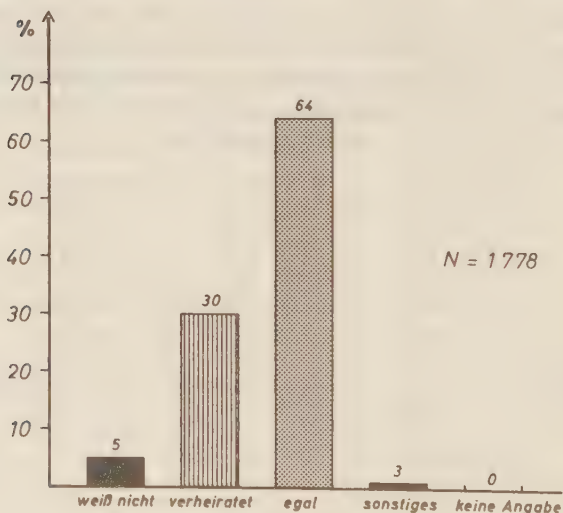
2 = ist egal

8 = Sonstiges

9 = keine Angabe

Die Gesamtverteilung der Antworten ergibt sich aus folgendem Histogramm (Abb. 4):

Abb.4



Die Antworten "Sonstiges" und "Keine Angabe" (11 Personen = 0,6 %) wurden in den folgenden Tabellen zur Gruppe "Rest" zusammengefaßt.

Aus der Gesamtverteilung erkennt man, daß über 2/3 aller Befragten der Familienstand des Gynäkologen gleichgültig ist. Nur weniger als 1/3 der Frauen zogen einen verheirateten Frauenarzt vor.

Auch bei der Aufschlüsselung nach den einzelnen sozialen Merkmalen lag die Angabe "egal" immer weit über der Antwort "verheiratet". Auf diese Tatsache braucht demzufolge bei den einzelnen Tabellen nicht immer erneut hingewiesen zu werden!

1. Alter der Patientin (Tab. 37)

	- 20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		über 70	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
weiß	9	11	13	3	17	5	12	3	20	6	14	8	7	10
nicht														
ver-	20	24	110	26	100	29	120	33	102	33	56	31	27	39
heiratet														
egal	53	65	291	70	220	65	234	63	188	60	110	60	35	50
Rest	0	0	2	4	2	6	3	1	1	0	2	1	1	1
	82		416		339		369		311		182		70	

N = 1769

21 - 30jährige Frauen gaben 10 % öfter die Antwort "egal" als 51 - 70jährige Patientinnen und 20 % öfter diese Antwort als Frauen über 70 Jahre. Letztere Altersklasse entschied sich dagegen für den verheirateten Arzt deutlich häufiger als Probandinnen bis zum 40. Lebensjahr. Befragte, die jünger als 21 Jahre oder älter als 70 Jahre waren, gaben am häufigsten die Antwort "weiß nicht".

2. Einweisender Arzt (Tab. 38)

	Ärztin			Arzt		
	abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	12	5	5	67	5	5
verheiratet	67	30	30	361	29	30
egal	140	64	64	803	65	64
Rest	1	0		8	1	
	220			1239		

N = 1459

Das Geschlecht des einweisenden Arztes zeigte keine Einflußnahme auf die Beantwortung der Frage.

3. Jetziger Wohnort (Tab. 39)

	Dorf			Klein- stadt			Mittel- stadt			Groß- stadt		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	55	7	5	10	4	5	20	3	5	2	2	5
ver- heiratet	225	30	30	65	28	31	212	33	30	26	31	30
egal	476	63	64	157	68	63	407	63	64	54	65	64
Rest	4	1		0	0		6	1		1	1	
	760			232			645			83		

N = 1720

Kleinstädterinnen entschieden sich häufiger für "egal" als Einwohnerinnen eines Dorfes oder einer Mittelstadt. Auch ist bei Frauen aus der Kleinstadt der Unterschied zwischen "verheiratet" und "egal" größer als bei den übrigen Patientinnen.

4. Familienstand (Tab. 40)

	ledig			verheiratet			verwitwet, ge- schieden, ge- trennt lebend		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	13	6	6	56	5	5	23	7	6
verheiratet	61	27	28	382	31	30	92	29	33
egal	149	66	65	778	64	63	204	64	60
Rest	3	1		7	0		1	0	
	226			1223			320		

N = 1769

Verwitwete, geschiedene und getrennt lebende Frauen entschieden sich 4 % weniger für den verheirateten Gynäkologen und dafür 4 % öfter für "egal" als man das aufgrund des Erwartungswertes vermuten sollte. Bei ledigen und verheirateten Frauen war diese Diskrepanz nicht festzustellen.

5. Schulbildung der Patientin (Tab. 41)

	Volks- schule			bis Mittl. Reife			mehr als Mittl. Reife		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	78	6	5	10	3	5	4	3	4
verheiratet	378	29	30	104	32	30	53	37	29
egal	829	64	63	214	65	65	87	60	66
Rest	9	1		1	0		1	1	
	1294			329			145		

N = 1768

Ging die Schulbildung über die Mittlere Reife hinaus, dann entschieden sich die Befragten häufiger für den verheirateten Gynäkologen. Mit anderen Worten: Frauen mit

mehr als Mittlerer Reife gaben 6 % weniger die Antwort "egal" und sagten 8 % häufiger "verheiratet" als es dem Erwartungswert entsprach. Bei den anderen Gruppen kann eine solche Differenz nicht festgestellt werden.

6. Schulbildung des Ehemannes (Tab. 42)

	bis Volks- schule			Volksschule bis Mittl. Reife			mehr als Mittl. Reife		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	61	6	5	8	4	5	9	3	4
verheiratet	332	31	31	55	29	30	88	31	30
egal	666	63	63	128	67	64	182	65	65
Rest	4	0		1	1		3	1	
	1063			192			282		

N = 1537

Die Differenz zwischen den Antworten "egal" und "verheiratet" war bei Ehefrauen von Volksschülern geringer als bei Frauen, deren Männer eine Schulbildung bis Mittlere Reife hatten. Trotzdem ist es wohl so, daß die Schulbildung des Ehemannes unwichtig ist.

7. Zuletzt ausgeübter Beruf der Patientin (Tab. 43)

	Arbei- ter			Ange- stellte			Beamte			Selb- ständige			Haus- frau		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	56	6	5	15	3	5	3	5	4	2	2	6	11	9	6
ver- heiratet	258	29	30	161	29	29	27	46	29	28	33	31	43	34	32
egal	576	64	63	371	67	65	29	49	66	56	65	62	71	56	61
Rest	4	0		4	1		0	0		0	0		1	1	
	894			551			59			86			126		

N = 1716

Beamtinnen entschieden sich fast gleich oft für "verheiratet" und "egal", während von den anderen Berufen der verheiratete Frauenarzt wesentlich weniger gewählt wurde und entsprechend viel häufiger die Antwort "egal" vorkam. Die Relation $2/3 : 1/3 = \text{egal} : \text{verheiratet}$ galt also nur für die Beamtinnen nicht. In den anderen Berufsgruppen entsprachen die Beobachtungswerte den aus dem Altersaufbau errechneten Erwartungswerten. Arbeiterinnen und Hausfrauen gaben mindestens doppelt so oft die Antwort "weiß nicht" wie Angestellte und Selbständige.

8. Zuletzt ausgeübter Beruf des Ehemannes (Tab. 43)

	Arbeiter			Angestellte			Beamate			Selbständige		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	45	6	5	13	4	5	5	3	5	13	5	5
verheiratet	238	32	30	92	27	30	61	33	30	83	31	31
egal	456	62	64	227	68	64	117	64	64	171	64	62
Rest	0	0		4	1		1	1		2	0	
	739			336			184			269		

N = 1528

Bei gleichen Erwartungswerten wählten Angestelltenfrauen 5 % weniger die Möglichkeit "verheiratet" und 6 % mehr die Antwort "egal" als Arbeiterfrauen. Der Unterschied zwischen "verheiratet" und "egal" war bei Angestelltenfrauen höher als bei den restlichen Berufsgruppen.

9. Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters (Tab. 44)

	Arbeiter			Ange- stellte			Beamte			Selb- ständige		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	34	5	5	5	3	5	6	3	5	42	7	5
ver- heiratet	214	30	30	62	37	30	68	32	30	171	29	31
egal	459	64	64	99	60	65	136	64	65	381	64	63
Rest	5	1		0	0		1	0		4	1	
	712			166			211			598		

N = 1687

Töchter von Angestellten wählten mehr den verheirateten Arzt und gaben weniger die Antwort "egal" als Töchter von Vätern mit anderen Berufen. Selbständigentöchter gaben mehr als doppelt so oft die Antwort "weiß nicht" als die Gruppen "Angestellte" und "Beamte".

10. Konfession der Patientin (Tab. 45)

	ev.			kath.		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	39	4	5	52	6	5
verheiratet	264	30	30	262	30	30
egal	564	65	64	552	63	64
Rest	7	1		4	0	
	874			870		

N = 1744

Die Konfession der Patientin konnte die Beantwortung der Frage nach dem Familienstand des Gynäkologen nicht beeinflussen.

11. Häufigkeit des Arztbesuches (Tab. 46)

	nie			selten			häufig			regelmäßig		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß	15	6	5	29	8	5	10	5	5	32	4	5
nicht												
ver-	95	35	31	115	30	30	67	31	30	240	28	30
heiratet												
egal	160	59	63	238	62	64	133	62	64	573	67	64
Rest	2	1		1	0		3	1		4	0	
	272			383			213			849		

N = 1717

Besuchten Frauen regelmäßig eine ärztliche Sprechstunde, so wählten sie weniger den verheirateten Gynäkologen als Frauen, die nie einen Arzt konsultieren. Je regelmäßiger eine Frau den Arzt aufsuchte, desto gleichgültiger war sie bezüglich des Familienstandes des Arztes.

12. Häufigkeit des Frauenarztbesuches ohne Beschwerden (Tab. 47)

	nie			1 oder 2mal			öfter			regelmäßig		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß	69	6	5	11	6	5	8	5	5	3	2	4
nicht												
ver-	362	29	29	64	33	30	57	35	31	52	30	30
heiratet												
egal	794	64	64	116	60	64	98	60	63	116	68	65
Rest	8	1		2	2		1	1		0	0	
	1233			193			164			171		

N = 1761

Zwischen "egal" und "verheiratet" ist die Differenz in den Extremgruppen "nie" und "regelmäßig" größer als in den Mittelgruppen. Frauen, die schon öfter zum Frauenarzt gegangen waren, wählten den verheirateten Gynäkologen mehr als Patientinnen, die nie oder regelmäßig in die Praxis kamen. Umgekehrt verhielt sich die Gruppe "regelmäßig" toleranter als die Mittelgruppen "ein- oder zweimal" und "öfter". Zumindest liegt in der ersten Gruppe der Erwartungswert niedriger als der Beobachtungswert, während es in den beiden anderen Gruppen umgekehrt ist.

13. Gründe, die nach Meinung der Patientinnen die Frauen vom Besuch eines Frauenarztes abhalten (Tab. 48)

	Gleichgültigkeit			Hemmungen			Angst vor der Gewißheit			Zeitmangel		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß	17	5	5	39	4	5	9	5	5	7	5	5
nicht												
verheiratet	101	27	30	273	31	30	55	33	31	42	30	29
egal	249	68	64	557	64	64	104	62	63	90	65	65
Rest	1	0		7	1		1	1		0	0	
	368			876			169			139		

N = 1552

Frauen, die aus Gleichgültigkeit nicht zum Frauenarzt gingen, sagten häufiger als alle anderen, für sie spiele der Familienstand des Gynäkologen keine Rolle. Wenn Angst vor der Gewißheit den Besuch des Frauenarztes verhinderte, dann möchten diese Patientinnen lieber einen verheirateten Gynäkologen als die anderen und seltener ist ihnen der Familienstand gleichgültig. Die Prozentsätze für Frauen mit Hemmungen und Zeitmangel lagen zwischen den geschilderten Gruppen.

14. Schwangerschaft (Tab. 49)

	nein			ja		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	23	7	5	69	5	5
verheiratet	98	28	29	433	31	30
egal	229	65	65	901	64	64
Rest	1	0		10	1	
	351			1413		

N = 1764

Frauen, die schon einmal schwanger waren, verhielten sich bei dieser Fragestellung genauso wie Frauen, die nie gravide waren.

15. Mobilität zwischen Patientin und Vater (Tab. 50)

	Aufstieg			Abstieg			Konstanz		
	abs.	%	EW	abs.	%	EW	abs.	%	EW
weiß nicht	7	5	5	50	6	5	16	3	5
verheiratet	42	28	30	222	28	30	200	34	30
egal	101	67	65	511	65	64	373	40	64
Rest	1	0		3	0		5	1	
	151			786			594		

N = 1531

Frauen mit beruflicher Konstanz entschieden sich mehr für den verheirateten Gynäkologen und machten entsprechend weniger die Angabe "egal" (Unterschied zwischen Erwartungs- und Beobachtungswert = 24 %) als Frauen mit beruflichem Auf- oder Abstieg. Es ist also hier nur die Frage der Mobilität entscheidend und nicht die Richtung der Mobilität! Frauen ohne berufliche Mobilität zeigten sich auch entscheidungsfreudiger als die restlichen Patientinnen.

16. Mobilität durch Heirat (Tab. 51)

	Aufstieg			Abstieg			Konstanz		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	38	5	5	3	3	5	24	4	5
verheiratet	213	30	30	30	28	30	174	32	30
egal	465	64	64	73	68	64	343	63	64
Rest	5	1		1	1		0	0	
	721			107			541		

N = 1369

Die Differenz zwischen der Angabe "verheiratet" und "egal" lag bei gleichem Erwartungswert bei Frauen mit beruflichem Abstieg höher als bei den übrigen Befragten.

17. Mobilität innerhalb der selbst ausgeübten Berufe (Tab. 52)

	Aufstieg			Abstieg			Konstanz		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	4	4	5	6	5	5	71	5	5
verheiratet	28	26	30	20	17	30	449	31	30
egal	76	70	64	94	78	65	901	63	64
Rest	0	0		0	0		9	1	
	108			120			1430		

N = 1658

Bei gleichem Erwartungswert entschieden sich Frauen mit Abstieg für die Antwort "verheiratet" 9 % seltener als Befragte mit Aufstieg und 14 % seltener als Patientinnen mit beruflicher Konstanz. Umgekehrt gaben Patientinnen mit Abstieg der Angabe "egal" 8 % öfter den Vorzug als Frauen mit Aufstieg und 15 % öfter als Frauen mit Konstanz.

18. Sozialschicht (Tab. 53)

	Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht		
	abs. % EW			abs. % EW			abs. % EW		
weiß nicht	40	6	5	16	3	5	5	2	4
verheiratet	205	32	30	142	28	30	96	35	30
egal	285	61	64	353	69	64	167	61	65
Rest	4	1		1	0		5	2	
	634			512			273		

N = 1419

Die Mittelschicht entschied sich mehr für "egal" und weniger für "verheiratet" als die Unter- und Oberschicht.

Kapitel 4

Die Frage 70 (3/42) bezog sich auf die Tätigkeitsbereiche des Gynäkologen.

Sie lautet: "Hier ist eine Liste. Darauf unterhalten sich 4 Frauen über die Tätigkeit eines Frauenarztes. Sagen Sie mir bitte, welche Frau Ihrer Meinung nach recht hat."

Dem Interviewer lag dieser Code vor: 0 = weiß nicht, kann sich nicht entscheiden

1 = Frauenarzt ist ein Operateur

2 = Frauenarzt verordnet hauptsächlich Tbl. etc.

3 = Frauenarzt ist ein Geburtshelfer

8 = Sonstiges oder 1 + 2 + 3

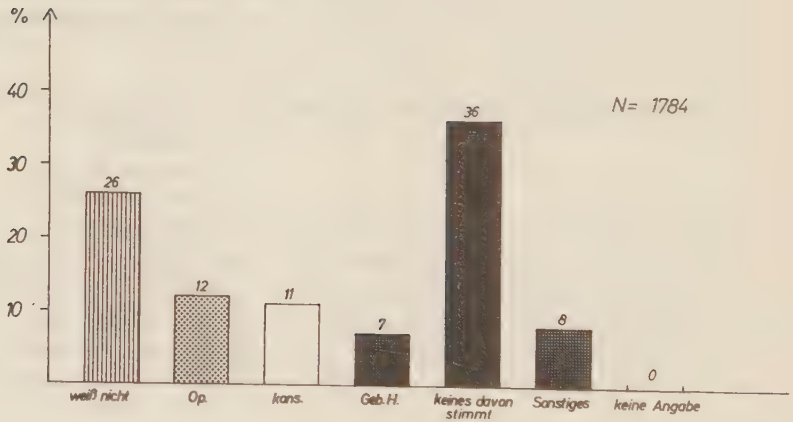
9 = Keine Angabe

Den Frauen wurde folgende Liste vorgelegt:

1. Ein Frauenarzt ist ein Operateur, ein Chirurg. Er schneidet einen meistens oder schickt einen ins Krankenhaus, wo man dann von einem anderen Frauenarzt operiert wird.
2. Ein Frauenarzt operiert gar nicht viel. Er verordnet hauptsächlich Spritzen, Tabletten oder Einlagen, nachdem er einen untersucht hat.
3. Ein Frauenarzt ist in der Hauptsache Geburtshelfer. Er kommt immer, wenn bei einer Geburt was nicht in Ordnung ist.
4. Keine dieser Meinungen ist richtig.

Die Gesamtverteilung der Antworten ergibt sich aus diesem Histogramm (Abb. 5):

Abb. 5



Effektive Angaben über die Tätigkeitsbereiche wurden nur in 30 % (= 541 Pers.) gemacht.

Die Spalte "keine dieser Meinungen ist richtig" war mit 36 % (= 646 Pers.) besetzt. Die Spalte "Sonstiges und alle Möglichkeiten" war mit 8 % (= 139 Pers.) besetzt.

Das bedeutet aber, daß 44 % aller Antworten praktisch nicht verwertbar sind.

Es ist unmöglich anzugeben, was die Patientinnen mit "keine dieser Meinungen ist richtig" gemeint haben. Glaubten sie, ein Gynäkologe behandle je nach Lage des Falles, ein Gynäkologe ist ein Strahlentherapeut, er ist hauptsächlich Diagnostiker oder er führt Laborarbeiten durch, um nur einiges zu nennen?

Die Antwort "alles ist richtig" (Code 8) wurde leider auch mit der Möglichkeit "Sonstiges" zusammengelegt. Es ist also auch hier unmöglich wiederzugeben, was die Patientin sagte: alles ist richtig oder eine sonstige Angabe.

Mit der Frage 70 sollte die Vorstellung von der Tätigkeit eines Frauenarztes getestet werden. Drei wesentliche Punkte dieser Arbeit wurden den Frauen zur Auswahl gestellt. Das bedeutet aber, daß Patientinnen, die keinerlei Ahnung von diesen Tätigkeitsbereichen hatten, durch diese Liste erst auf wesentliche Möglichkeiten aufmerksam gemacht wurden. - Auch E.K. Scheuch (1958) weist darauf hin, daß eine Versuchsperson durch eine geschlossene Frage - wie hier - zu Entscheidungen gezwungen werden kann, wo sie sonst gar keine fällen würde. Nur eine offene Frage kann die ganze Breite von Antwortmöglichkeiten wiedergeben. - Andere Patientinnen, denen wohl ein Tätigkeitsbereich bekannt ist, können durch diese Liste erst auf andere Möglichkeiten aufmerksam gemacht und in ihrer bisherigen Meinung unsicher werden. Erstaunlich ist auch, daß die Antwort "weiß nicht" in nur 26 % gegeben wurde. Bei der Frage 67 nach dem Geschlecht des Arztes und Frage 68 nach dem Alter

des Arztes war die Spalte "weiß nicht" mit 20 bzw. 21 % besetzt, obwohl diese beiden Fragen auch ohne die geringsten Kenntnisse rein gefühlsmäßig zu beantworten sind.

Man kann mit dieser Fragestellung keine exakten Vorstellungen von der Tätigkeit eines Frauenarztes erforschen. Diese Frage könnte beispielsweise offen sein, d.h. dem Befragten sind dabei keine Alternativen bekannt (E.K. Scheuch, 1958). Eine geschlossene Frage in der hier verwendeten Form ist fehl am Platze.

Diese Frage müßte sinngemäß lauten: "Welche berufliche Tätigkeit führt Ihrer Meinung nach ein Frauenarzt aus?". Ob dem Interviewer Alternativen vorliegen (= halboffen) oder nicht (= total offen), ist für die Datenerhebung kaum von Bedeutung. Auch die offene Frage hat Nachteile: Je nach dem Interviewerverhalten fallen die Antworten der Befragten verschieden aus. Darüber hinaus schreiben die Interviewer nicht jedes Wort mit, sondern vor allem das, was ihnen verständlich erscheint. Die offene Frage ohne Vorgabe von Antworten wird richtig benutzt, um ein Wissen zu prüfen (E. Noelle). Da es hier aber nicht nur um reine Vorstellungen, sondern auch um ein gewisses Wissen geht, bietet sich trotz einiger Nachteile die offene Frage an. Wendet man trotz aller Nachteile eine geschlossene Frage an, so dürfte eine vorgelegte Liste keine Möglichkeit enthalten, die sich später nicht mehr einwandfrei interpretieren läßt. Auch auf eine Möglichkeit wie "ein Frauenarzt behandelt nach Lage des Falles" sollte man die Befragten nicht aufmerksam machen, da sich diese Alternative unschwer als die richtige Antwort erkennen läßt.

Aus den obengenannten Gründen wurde hier auf eine Wiedergabe der Korrelationen verzichtet, da sie - wie gesagt - nicht zu dem erwarteten Ergebnis führen.

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind das Resultat von einfachen Korrelationen verschiedener sozialer Merkmale mit der Vorstellung von Patientinnen über den Frauenarzt. Es ist demzufolge möglich, daß sich auch dort Zusammenhänge ergeben, wo in Wirklichkeit gar keine sind. Dies soll kurz an einem Beispiel erläutert werden: Man findet z.B. eine Abhängigkeit zwischen der Schulbildung des Vaters und einer Entscheidung der Patientin. Das gleiche Resultat zeigt sich nun auch bei Betrachtung der Schulbildung der Befragten. Das muß nun nicht bedeuten, daß der Vater aufgrund seiner Ausbildung irgendeinen Einfluß auf seine Tochter ausübt. Es kann auch dadurch erklärt werden, daß Väter mit höherer Schulbildung in vielen Fällen auch ihren Töchtern eine bessere Ausbildung angedeihen lassen. Die Entscheidung der Patientin wäre dann also nicht durch den Einfluß ihres Vaters - wie bei der Betrachtung der Angabe: Schulbildung des Vaters vorge täuscht - sondern durch ihre eigene Schulbildung bedingt. Wollte man dem obengenannten Beispiel auf den Grund gehen, so müßte man so vorgehen: Man untersucht die Schulbildung des Vaters und korreliert sie mit einer bestimmten Frage an die Patientin. Dabei betrachtet man erstens nur die Schulbildung des Vaters unter der Nebenbedingung, daß die Tochter Volksschule hat, zweitens, daß die Tochter mehr als Volksschule, aber höchstens Mittlere Reife hat und drittens, daß die Tochter weiter als bis zur Mittleren Reife die Schule besuchte. Bei dieser Methode splittert sich natürlich die Zahl der Spaltenbesetzungen viel zu sehr auf. Man könnte eine solche Prüfung nur mit einer größeren Anzahl von Interviews durchführen.

Es ist sinnlos, gefühlsmäßig Spekulationen darüber anzustellen, welche Merkmale tatsächlich einen Einfluß ausüben und welche Beziehungen nur vorgetäuscht sind. Es kann nicht Zweck dieser Diskussion sein, einfach Vermutungen zu äußern, ohne dafür konkrete Anhaltspunkte in

Händen zu haben. Außerdem sind diese Einflüsse wahrscheinlich viel komplexer als in dem oben erwähnten Beispiel.

Ein Einfluß müßte aber unbedingt ausgeschaltet werden: das Alter. Wie bereits im methodischen Teil erwähnt, ist es neben dem Geschlecht der Faktor, der den Status einer Person von Geburt an mitbestimmt. Eine Möglichkeit, den Faktor "Alter" auszuschalten, wäre diejenige, alle Tabellen nach Altersgruppen aufzugliedern. Nimmt man Abstände von 10 Jahren, so ergeben sich sieben Klassen, wenn man Leute bis 20 Jahre und Patientinnen über 70 Jahre in je eine Klasse nimmt. Das heißt aber, man braucht für jede Korrelation sieben Tabellen, die dazu noch zahlenmäßig sehr gering besetzt sind. Ob sich dann noch gute Aussagen machen lassen, erscheint sehr fraglich. Außerdem bestünde diese Untersuchung dann aus 371 statt aus nur 53 Tabellen, eine Tatsache, die sicher nicht zur Übersichtlichkeit beiträgt. Aus diesem Grund wurde eine andere Methode gewählt, um die Beeinflussung durch das Alter auszuschalten. Der hier verwendete Erwartungswert stellt ein Verfahren dar, das nur eine Näherungslösung ist. Die Berechnung eines einzigen Wertes ist verhältnismäßig umständlich. So sind für einen Wert immerhin 15 Rechengänge notwendig. Der entscheidende Vorteil des Erwartungswertes liegt aber darin, daß sich die Zahlenbesetzungen in den Spalten einer Tabelle nicht aufsplintern und die Übersichtlichkeit nicht beeinträchtigt wird. Außerdem kann er direkt mit der tatsächlich gefundenen Prozentangabe verglichen werden.

Diese Studie ist eine nichtrepräsentative Erhebung. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist demzufolge fehl am Platz. Alle nicht deutschsprachigen Patientinnen, die in der Frauenklinik zur Aufnahme kamen, konnten verständlicherweise nicht befragt werden. Die untere Altersgrenze der interviewten Frauen lag bei 15 Jahren. Jüngeren Patientinnen sind die Intimfragen am Ende des Fragebogens nicht zuzumuten. Ebenfalls nicht interviewt wurden

Klinikangehörige, Patientinnen, die aus einer psychiatrischen Klinik überwiesen wurden und Frauen, die das Interview verweigerten.

Der Vorteil des Fragebogens lag darin, daß jeder Patientin dieselben Fragen in derselben Reihenfolge vorgelegt wurden. Dadurch werden während des Interviews allen Frauen die gleichen Stimuli übermittelt. Die Interviews sind dadurch gut untereinander zu vergleichen. Nach E.K. Scheuch (1958) dürfte der standardisierte Fragebogen als wirksamstes Instrument der Kontrolle für den Fragenden angesehen werden.

Zusammenfassung

In 1784 Befragungen vom 15.6.1966 bis 31.5.1967 wurden die Vorstellungen gynäkologischer Patientinnen über den Frauenarzt und seine Tätigkeit untersucht. Als Interviewer wurden Doktoranden der Universitäts-Frauenklinik Erlangen eingesetzt. Die untersuchten Vorstellungen bezogen sich auf Geschlecht, Alter, Familienstand und Tätigkeitsbereiche des Gynäkologen. Korreliert wurden diese Angaben mit folgenden sozialen Merkmalen der Patientinnen: Alter, Geschlecht des einweisenden Arztes, Größe des jetzigen Wohnortes, Familienstand, Schulbildung der Patientin und gegebenenfalls des Ehemannes, zuletzt ausgeübter Beruf der Patientin, ihres Vaters und gegebenenfalls ihres Ehemannes, Konfession, Häufigkeit des Arztbesuches, Häufigkeit des Frauenarztbesuches ohne Beschwerden, Gründe, die die Frauen im allgemeinen vom Besuch des Frauenarztes abhalten, Schwangerschaften, berufliche Mobilität zwischen der Befragten und ihrem Vater, Mobilität durch Heirat, Mobilität innerhalb der selbst ausgeübten Berufe, Sozialschicht. Sämtliche Angaben wurden nach dem Alter der Patientin standardisiert. Das Prinzip besteht in einem Vergleich des gefundenen Wertes mit einem zu erwartendem Wert. Die Interviews wurden

auf Lochkarten übertragen und elektronisch ausgewertet. Vorwiegend für einen Frauenarzt entschieden sich folgende Befragte: eingewiesene Patientinnen, Einwohnerinnen von Mittel- und Großstädten, Frauen mit einer Bildung mehr als Volksschule, Angestellte, Frauen, deren Ehemänner Angestellte und Beamte sind, Töchter von Angestellten und Beamten, Frauen, die regelmäßig zum Arzt gehen und Befragte, welche die gynäkologische Sprechstunde ohne Beschwerden aufsuchen, Patientinnen, die wegen Gleichgültigkeit oder Angst vor der Gewisheit nicht zum Frauenarzt gehen, Befragte, die noch nie schwanger waren, Frauen mit beruflichem Aufstieg gegenüber ihrem Vater und ihrem Ehemann, Befragte, die sich selbst beruflich verbessert haben, Angehörige höherer Sozialschichten.

Vorwiegend für eine Frauenärztin entschieden sich: von einer Ärztin eingewiesene Patientinnen, Einwohnerinnen aus Dörfern oder Kleinstädten, Volksschülerinnen, Arbeiterinnen und Selbständige, Frauen von Selbständigen, Töchter von Arbeitern und Selbständigen, Frauen, die nie zum Arzt oder zum Gynäkologen gehen, Befragte, die aus Hemmungen nicht in die gynäkologische Sprechstunde kommen, Frauen, die sich beruflich verschlechtert haben, Angehörige niedriger Sozialschichten.

Keinen Einfluß auf die Fragestellung hatten Familienstand und Konfession.

Unabhängig von den sozialen Merkmalen ist die Beliebtheit des 41 - 50 jährigen Gynäkologen immer am größten und die des 51 - 60 jährigen Frauenarztes immer am geringsten. Die Sympathien für die Altersklasse " 30 - 40 Jahre " liegen zwischen diesen beiden Gruppen. Außerhalb der Betrachtung steht die Altersklasse " 61 - 65 Jahre ", da sich für diese Gruppe insgesamt nur weniger als 1 % aller Befragten entschieden. Diese Altersrubrik blieb deshalb unberücksichtigt. Besonders deutlich wurde der Unterschied zwischen " 30 bis 40 Jahre " und " 41 bis 50 Jahre " zugunsten der zweiten Klasse bei folgenden Patiententypen:

Frauen, die von einer Ärztin eingewiesen wurden, Groß-

stadtbewohnerinnen, verheiratete und verheiratet gewesene Frauen, Frauen mit Mittlerer Reife, Befragte, deren Ehemänner mehr als Mittlere Reife hatten, Angestellte und Beamtinnen, Beamtenfrauen, Töchter von Angestellten, Frauen, die nie zum Frauenarzt gehen, Patientinnen, die wegen Hemmungen oder aus Angst vor der Gewißheit nicht zum Gynäkologen gehen, Frauen, die schon einmal schwanger waren, Patientinnen, die gegenüber ihrem Vater beruflich abgestiegen sind, Befragte, die gegenüber ihrem Ehemann beruflich aufgestiegen sind, Frauen, die sich selbst beruflich verschlechtert haben, Patientinnen aus höheren Sozialschichten. Ohne Einfluß blieb die Konfession.

Auch bei der Frage nach dem Familienstand des Frauenarztes gaben die Patientinnen unabhängig von den sozialen Merkmalen wesentlich häufiger die Antwort " egal " als " verheiratet ". Besonders deutlich ausgeprägt ist der Unterschied bei folgenden Patientengruppen: Einwohnerinnen einer Kleinstadt, verheiratet gewesene Frauen, Volksschülerinnen, Frauen, deren Ehemänner Mittlere Reife hatten, Frauen von Angestellten, Töchter von Arbeitern, Beamten und Selbständigen, Frauen, die nie oder regelmäßig zum Frauenarzt gehen, Befragte, die aus Gleichgültigkeit dem Frauenarztbesuch fernbleiben, Frauen mit beruflicher Konstanz gegenüber ihrem Vater, Patientinnen mit beruflichem Abstieg gegenüber ihrem Ehemann oder innerhalb der selbst ausgeübten Berufe und Patientinnen der mittleren Sozialschicht. Keinen Einfluß hatten folgende Merkmale: Geschlecht des einweisenden Arztes, Konfession und durchgemachte Schwangerschaften. Es fiel ferner auf, daß sich Beamtinnen fast gleich oft für " egal " und " verheiratet " entschieden.

Die Frage nach den Tätigkeitsbereichen des Frauenarztes erwies sich als ungenügend, da man bei 44 % der Befragten die Angaben nicht mehr interpretieren konnte.

Anhang

Wie auf Seite 19 bemerkt, sind zur Errechnung des Erwartungswertes folgende Beziehungen nötig:

Soziales Merkmal - Vorstellungen vom Frauenarzt
 Vorstellungen vom Frauenarzt - Alter der Patientin
 Soziales Merkmal - Alter der Patientin

Die beiden ersten Korrelationen finden sich in den einzelnen Kapiteln. Im Folgenden sind nun die Beziehungen zwischen dem sozialen Merkmal und dem Alter der Befragten tabellarisch wiedergegeben.

Einweisender Arzt

	Ärztin abs. %	Arzt abs. %	nicht bekannt abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	18 8,1	53 4,2	20 6,4	91 5,1
21 - 30 J.	42 19,0	280 22,4	103 32,9	425 23,8
31 - 40 J.	56 25,3	234 18,7	49 15,7	339 19,0
41 - 50 J.	46 20,8	272 21,7	52 16,6	370 20,7
51 - 60 J.	34 15,4	228 18,2	50 16,0	312 17,5
61 - 70 J.	14 6,3	136 10,9	31 9,9	181 10,1
über 70 J.	11 5,0	48 3,8	8 2,6	67 3,8
	221	1251	313	1785

Jetziger Wohnort

	Dorf abs. %	Kleinstadt abs. %	Mittelstadt abs. %	Großstadt abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	43 5,6	9 3,8	34 5,3	3 3,6	89 5,1
21 - 30 J.	162 21,0	50 21,1	183 28,3	18 21,7	413 23,8
31 - 40 J.	144 18,7	31 13,1	129 19,9	20 24,1	324 18,7
41 - 50 J.	163 21,2	46 19,4	136 21,0	20 24,1	365 21,0
51 - 60 J.	139 18,1	57 24,1	100 15,5	9 10,8	305 17,6
61 - 70 J.	88 11,4	32 13,5	46 7,1	9 10,8	175 10,1
über 70 J.	31 4,0	12 5,1	19 2,9	4 4,8	66 3,8
	770	237	647	83	1737

Familienstand

	ledig, verlobt abs. %	verheiratet abs. %	verheiratet gewesen abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	61 26,6	29 2,3	1 0,3	91 5,1
21 - 30 J.	65 28,4	343 27,8	17 5,3	425 23,8
31 - 40 J.	29 12,7	295 23,9	15 4,7	339 19,0
41 - 50 J.	35 15,3	266 21,5	69 21,5	370 20,7
51 - 60 J.	23 10,0	194 15,7	95 29,6	312 17,5
61 - 70 J.	12 5,2	93 7,5	76 23,7	181 10,1
über 70 J.	4 1,7	15 1,2	48 15,0	67 3,8
	229	1235	321	1785

Schulbildung der Patientin

	bis Volksschule abs. %	bis Mittl. Reife abs. %	mehr als Mittl. Reife abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	77 5,9	11 3,3	2 1,4	90 5,0
21 - 30 J.	271 20,8	101 30,5	53 36,1	425 23,8
31 - 40 J.	238 18,2	59 17,8	42 28,6	339 19,0
41 - 50 J.	261 20,0	80 24,2	29 19,7	370 20,7
51 - 60 J.	251 19,2	46 13,9	15 10,2	312 17,5
61 - 70 J.	151 11,6	26 7,9	4 2,7	181 10,1
über 70 J.	57 4,4	8 2,4	2 1,4	67 3,8
	1306	331	147	1784

Schulbildung des Ehemannes

	bis Volksschule abs. %	bis Mittl. Reife abs. %	mehr als Mittl. Reife abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	26 2,4	3 1,5	1 0,4	30 1,9
21 - 30 J.	219 20,4	43 22,2	92 32,4	354 22,8
31 - 40 J.	202 18,8	41 21,1	66 23,2	309 19,9
41 - 50 J.	223 20,8	53 27,3	60 21,1	336 21,7
51 - 60 J.	218 20,3	33 17,0	38 13,4	289 18,6
61 - 70 J.	136 12,7	17 8,8	16 5,6	169 10,9
über 70 J.	48 4,5	4 2,1	11 3,9	63 4,1
	1072	194	284	1550

Zuletzt ausgeübter Beruf der Patientin

	Arbeiter abs. %	Angestellte abs. %	Beamte abs. %	Selbständige abs. %	Hausfrau abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	45 5,0	41 7,4	1 1,7	1 1,2	1 0,8	89 5,1
21 - 30 J.	176 19,4	197 35,6	28 46,7	13 15,1	8 6,3	422 24,3
31 - 40 J.	181 20,0	109 19,7	15 25,0	11 12,8	12 9,4	328 18,9
41 - 50 J.	194 21,4	115 20,8	9 15,0	18 20,9	22 17,2	358 20,6
51 - 60 J.	175 19,3	62 11,2	3 5,0	21 24,4	39 30,5	300 17,3
61 - 70 J.	101 11,1	21 3,8	3 5,0	15 17,4	32 25,0	172 9,9
über 70 J.	34 3,8	9 1,6	1 1,7	7 8,1	14 10,9	65 3,7
	906	554	60	86	128	1734

Zuletzt ausgeübter Beruf des Ehemannes

	Arbeiter abs. %	Angestellte abs. abs. %	Beamte abs. %	Selbständige abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	21 2,8	4 1,2	2 1,1	3 1,1	30 1,9
21 - 30 J.	170 22,8	96 28,5	56 29,9	35 12,8	357 23,2
31 - 40 J.	157 21,1	75 22,3	29 15,5	47 17,2	308 20,0
41 - 50 J.	151 20,3	77 22,8	41 21,9	64 23,4	333 21,6
51 - 60 J.	144 19,3	51 15,1	29 15,5	62 22,7	286 18,5
61 - 70 J.	77 10,3	26 7,7	19 10,2	45 16,5	167 10,8
über 70 J.	25 3,4	8 2,4	11 5,9	17 6,2	61 4,0
	745	337	187	273	1542

Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters

	Arbeiter abs. %	Angestellte abs. %	Beamte abs. %	Selbständige abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	52 7,2	7 4,1	6 2,8	19 3,2	84 4,9
21 - 30 J.	170 23,5	57 33,7	65 30,7	112 18,7	404 23,7
31 - 40 J.	143 19,8	39 23,1	37 17,5	105 17,5	324 19,0
41 - 50 J.	143 19,8	28 16,6	51 24,1	134 22,3	356 20,9
51 - 60 J.	121 16,7	26 15,4	29 13,7	122 20,3	298 17,5
61 - 70 J.	75 10,4	7 4,1	19 9,0	76 12,7	177 10,4
über 70 J.	20 2,8	5 3,0	5 2,4	32 5,3	62 3,6
	724	169	212	600	1705

Konfession der Patientin

	evangelisch abs. %	katholisch abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	42 4,8	48 5,5	90 5,1
21 - 30 J.	215 24,4	204 23,2	419 23,8
31 - 40 J.	179 20,3	155 17,7	334 19,0
41 - 50 J.	163 18,5	198 22,6	361 20,5
51 - 60 J.	154 17,5	155 17,7	309 17,6
61 - 70 J.	88 10,0	91 10,4	179 10,2
über 70 J.	40 4,5	27 3,1	67 3,8
	881	878	1759

Häufigkeit des Arztbesuches

	nie abs. %	selten abs. %	häufig abs. %	regelmäßig abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	8 2,9	24 6,2	10 4,7	48 5,6	90 5,2
21 - 30 J.	64 23,2	88 22,7	54 25,4	203 23,7	409 23,6
31 - 40 J.	40 14,5	71 18,3	32 15,0	189 22,1	332 19,2
41 - 50 J.	59 21,4	79 20,4	49 23,0	173 20,2	360 20,8
51 - 60 J.	64 23,2	60 15,5	50 23,5	131 15,3	305 17,6
61 - 70 J.	29 10,5	50 12,9	13 6,1	80 9,3	172 9,9
über 70 J.	12 4,3	16 4,1	5 2,3	32 3,7	65 3,8
	276	388	213	856	1733

Häufigkeit des Frauenarztbesuches ohne Beschwerden

	nie abs. %	1 oder zweimal abs. %	öfter abs. %	regelmäßig abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	76 6,1	5 2,6	5 3,1	5 2,9	91 5,1
21 - 30 J.	305 24,5	48 24,9	29 17,8	40 22,9	422 23,7
31 - 40 J.	214 17,2	42 21,8	39 23,9	43 24,6	338 19,0
41 - 50 J.	219 17,6	43 22,3	50 30,7	56 32,0	368 20,7
51 - 60 J.	224 18,0	38 19,7	27 16,6	22 12,6	311 17,5
61 - 70 J.	150 12,0	13 6,7	10 6,1	7 4,0	180 10,1
über 70 J.	58 4,7	4 2,1	3 1,8	2 1,1	67 3,8
	1246	193	163	175	1777

Gründe, die nach Meinung der Patientinnen die Frauen vom Besuch eines Frauenarztes abhalten

	Gleichgültig- keit		Hemmungen		Angst vor der Gewißheit		Zeitmangel		mehrere Punkte		Summe	
	abs. %		abs. %		abs. %		abs. %		abs. %		abs. %	
- 20 J.	18	4,9	46	5,2	7	4,0	6	4,2	6	4,1	83	4,8
21 - 30 J.	95	25,6	14	24,3	30	17,3	42	29,6	36	24,3	417	24,3
31 - 40 J.	80	21,6	156	17,7	30	17,3	30	26,8	29	19,6	333	19,4
41 - 50 J.	62	16,7	197	22,4	42	24,3	25	17,6	36	24,3	362	21,1
51 - 60 J.	61	16,4	160	18,2	36	20,8	16	11,3	24	16,2	298	17,4
61 - 70 J.	34	9,2	86	9,8	21	12,1	12	8,5	12	8,1	165	9,6
über 70 J.	21	5,7	22	2,5	7	4,0	3	2,1	5	3,4	58	3,4
	371		881		173		142		148		1716	

Schwangerschaft

	ja		nein		Summe	
	abs. %		abs. %		abs. %	
- 20 J.	47	3,3	44	12,4	91	5,1
21 - 30 J.	306	21,5	119	33,6	425	23,9
31 - 40 J.	276	19,4	62	17,5	338	19,0
41 - 50 J.	309	21,7	59	16,7	368	20,7
51 - 60 J.	274	19,2	36	10,2	310	17,4
61 - 70 J.	158	11,1	23	6,5	181	10,2
über 70 J.	56	3,9	11	3,1	67	3,8
	1426		354		1780	

Mobilität zwischen Patientin und Vater

	Aufstieg		Konstanz		Abstieg		Summe	
	abs. %		abs. %		abs. %		abs. %	
- 20 J.	10	6,6	42	7,0	28	3,5	80	5,2
21 - 30 J.	42	27,8	164	27,3	186	23,2	392	25,2
31 - 40 J.	31	20,5	124	20,6	156	19,5	311	20,0
41 - 50 J.	31	20,5	118	19,6	179	22,3	328	21,1
51 - 60 J.	20	13,2	102	17,0	133	16,6	255	16,4
61 - 70 J.	13	8,6	34	5,7	87	10,9	134	8,6
über 70 J.	4	2,6	17	2,8	32	4,0	53	3,4
	151		601		801		1553	

Mobilität durch Heirat

	Aufstieg abs. %	Konstanz abs. %	Abstieg abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	13 1,9	16 2,7	2 1,8	31 2,2
21 - 30 J.	168 24,7	146 24,6	35 31,5	349 25,2
31 - 40 J.	160 23,6	110 18,5	17 15,3	287 20,7
41 - 50 J.	153 22,5	127 21,4	21 18,9	301 21,7
51 - 60 J.	81 11,9	134 22,6	20 18,0	235 17,0
61 - 70 J.	75 11,0	43 7,2	12 10,8	130 9,4
über 70 J.	29 4,3	18 3,0	4 3,6	51 3,7
	679	594	111	1384

Mobilität innerhalb der selbst ausgeübten Berufe der Patientin

	Aufstieg abs. %	Konstanz abs. %	Abstieg abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	1 0,9	83 5,7	6 5,0	90 5,4
21 - 30 J.	25 23,4	363 25,1	34 28,6	422 25,2
31 - 40 J.	17 15,9	290 20,0	18 15,1	325 19,4
41 - 50 J.	31 29,0	283 19,5	35 29,4	349 20,8
51 - 60 J.	16 15,0	245 16,9	18 15,1	279 16,7
61 - 70 J.	15 14,0	134 9,2	7 5,9	156 9,3
über 70 J.	2 1,9	51 3,5	1 0,8	54 3,2
	107	1449	119	1675

Sozialschicht

	Unterschicht abs. %	Mittelschicht abs. %	Oberschicht abs. %	ohne Bewertung abs. %	Summe abs. %
- 20 J.	39 6,1	20 3,9	3 1,1	29 8,3	91 5,1
21 - 30 J.	148 23,2	138 26,6	84 30,4	55 15,8	425 23,8
31 - 40 J.	122 19,1	114 22,0	73 26,4	30 8,6	339 19,0
41 - 50 J.	128 20,0	114 22,0	64 23,2	62 17,8	368 20,7
51 - 60 J.	120 18,8	85 16,4	34 12,3	73 21,0	312 17,5
61 - 70 J.	64 10,0	40 7,7	11 4,0	65 18,7	180 10,1
über 70 J.	18 2,8	8 1,5	7 2,5	34 9,8	67 3,8
	639	519	276	348	1782

L i t e r a t u r

- Baird, D. : "The social aspect of obstetric practice" Obstetrical and Gynecological Survey, 1965, 20, S. 416
- Balint, M. : "Der Arzt, sein Patient und die Krankheit" Klett-Verlag, Stuttgart, 1963
- Braun, R.N. : "Die gezielte Diagnostik in der Praxis" Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1957
- ders. : "Die Allgemeinpraxis, die Hochschule und die Wissenschaft" Schriftenreihe für den praktischen Arzt, Das Heidelberger Gespräch, 1967, H. 2, S. 5
- Cahal, M.F. : "The image" J. amer. med. Ass., 1963, 185, S. 183
- Christian, P. : "Über die Zusammenarbeit von Arzt, Schwester und Krankenhausfürsorgerin" Das Krankenhaus. Zeitschr. für das gesamte Krankenwesen, 1956, 48, S. 47
- Cohn, W. : "Social Status and Ambivalence Hypothesis: Some Critical Notes and a Suggestion" Amer. Sociological Review, 1960, 25, S. 508, nach J.J. Rhode 1966
- Condrau, C. : "Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie organischer Krankheiten" in "Psychosomatik der Frauenheilkunde", Verlag H. Huber, Bern und Stuttgart, 1965
- Crewe, F.A.E. : "Medicine and social science" Arch. of diseases in Childhood, Brit. M.A., 1955, 30, S. 303
- Donovan, J.C. : "Die Beziehung zwischen Arzt und Patientin in der Gynäkologie" Gynäk. Rdschr., 1967, 4, S. 19
Originaltitel: "The doctor-patient relationship in gynecology" Clin. Obstet. Gynec., 1965, 8, S. 174
- Dovivat, E. : "Das Bild des Arztes im öffentlichen Leben" Ärztl. Mitteil. Köln, 1958, 43, S. 796

- Elling, R.H. : "Die medizinische Soziologie in den USA" Köln. Z. Soziol., Sonderheft 3, S. 273, Westdeutscher Verlag Köln/Opladen 1959
- Freedman, L.Z., : "Neurosis and social class. I. Social interaction" Amer. J. Psychiatr., 1957, A.B. 113, S. 769, nach M. Pflanz 1962
- Freitag, A. : "Das Image von heute" Schriftenreihe für den praktischen Arzt, Das Heidelberger Gespräch, 1967, H. 2, S. 37
- Geissler, A. : "Zur Psychologie des Arzt-Patient-Verhältnisses" Probleme und Ergebnisse der Psychologie, 1964, 12, S. 31, nach J.J. Rhode 1966
- Goldsen, R.K. : "Patient delay in seeking cancer diagnosis: Behavioral aspects" J. chron. Diseases 1963, 16, S. 427
- Hollingshead, : "Social class and psychiatric disorders" in Milbank Memorial Fund, Interrelations F.C. between the social environment and psychiatric disorders, S. 195 in Milbank Memorial Fund, New York, 1953, nach M. Pflanz 1962
- Hanley, F.W., : "Reflections on the doctor patient relationship" Canadian Med. Ass., 1962, 86, Gründberg, F. S. 1022
- Hartman , W. : "The relative social Prestige of Representative Medical Specialities" J. of Applied Psychology 1936, S. 658
- Hatt, P.K., : "Prestige Ratings of Occupations" in North, C.C. S. Nosow, W.H. Form: "Man work and society" New York, 1961, pp. 277 ff. nach J.J. Rhode 1966
- Heintz, P. : "Vorurteile und Minoritäten" in R. König "Soziologie" Das Fischerlexikon, Bd. 10, Fischer-Bücherei K.G., Frankfurt/Main, 1958, S. 303
- Henderson, J.G., : "A psychiatric investigation of the delay Wittkammer, E.D., factor to doctor presentation in cancer" Loughheed, M.N. J. psychosom. Res., 1958, 3, S. 27
- Hughes, E.C. : "Dilemmas and Contradiction of Status" Amer. J. of Sociology, 1945, 50 nach R.H. Elling

- Inkles, A., : "National Comparisons of Occupational
Rossi, P.H. Prestige" Amer. J. of Sociology, 1956,
61, S. 329 nach J.J. Rhode 1966
- Jores, A. : "Die Verantwortung des Arztes" Materia
Medica Nordmark, 1967, XIX/4, S. 189
- Kinsey, A.C. : "Sexual Behaviour in the Human Female"
W.B. Saunders Company, Philadelphia,
1953
- ders. "Sexual Behaviour in the Human Male"
W.B. Saunders Company, Philadelphia,
1948
- Kleining, G. : "Über soziale Images" Köln. Z. Soziol.,
Sonderheft 5, S. 146, Westdeutscher
Verlag Köln/Opladen, 1961
- König, G. : "Die Sprechstunden der praktischen
Kassenärzte" Deutsches Ärzteblatt,
1967, 35, S. 1801
- König, R. : "Ideologie und Wirklichkeit der ärzt-
lichen Rolle" vervielfältigtes, noch
nicht veröffentlichtes Manuskript
- ders. : "Institution" in R. König "Soziologie"
Das Fischerlexikon, Bd. 10, Fischer-
Bücherei K.G., Frankfurt/Main, 1958
- Koos, E.L. : "The Health of Regionville. What the
people thought and did about it"
Columbia Univ. Press. New York, 1954,
S. 53
- ders. : "'Metropolis" - What city people think
of their medical service" Amer. J. Publ.
Health, 1955, 45, S. 1551
- Mitscherlich, A.: "Dokumente des Nürnberger Ärztepro-
Mielke, F. zesses" Fischer-Bücherei K.G., Frank-
furt/Main, Bd. 332, Copyright 1949 by
Verlag Lambert Schneider, Heidelberg
- Mishler, E.G., : "Status and Interaction in a psychiatric
Tropp, A. Hospital" Human Relations, 1956, 9:2,
S. 187
- Moore, H., : "Das soziale Selbstbild der Gesellschafts-
Kleining, G. schichten in Deutschland" Köln. Z. Soziol.,
Westdeutscher Verlag Köln/Opladen, 1960,
12, S. 86
- Mühlbacher, W. : "Der Patient als Hilfsarzt" Deutsches
Ärzteblatt, 1967, 42, S. 2220

- Noelle, E. : "Der Fragebogen" in "Umfragen in der Massengesellschaft" Rowohlt, Bd. 177/178, S. 54
- Pappworth, M.H. : "Human Guinea Pigs" Routledge & Co., Kegan Paul, London. Kurzer Auszug in "Stern", Grunder+Jahr GmbH & Co., Hamburg 1967, H. 30, S. 44
- Parsons, T. : "Struktur und Funktion der modernen Medizin" Köln. Z. Soziol., Sonderheft 3, S. 10, Westdeutscher Verlag Köln/Opladen, 1959
- ders. : "Theorie von der Rolle des Kranken" auszugsweise in M. Pflanz 1962
- Pflanz, M. : "Sozialer Wandel und Krankheit" Enke-Verlag Stuttgart, 1962
- ders. : "Die ärztliche Tätigkeit in soziologischer Sicht" Ärzt. Mitteil., 1961, 22, S. 1263
- ders. : "Gesundheitsverhalten" Mensch und Medizin 1965, 6, S. 173
- Philippovich, E.: "Das Bild des Arztes in den Augen des Patienten" Ciba Symposium, Basel, 1959, 7. Bd. 2, S. 77
- Pollak, K. : "Was der Kranke vom Arzt erwarten soll" Du und die Welt, das deutsche Gesundheitsmagazin, 1960, 11, H. 7, S. 16
- Rhode, J.J. : "Die Selbsteinschätzung des Arztes und seine Einschätzung in der modernen Gesellschaft" Hippokrates, 1966, H. 22: 906, 23:952, 24:990
- ders. : "Soziologie des Krankenhauses" Enke-Verlag Stuttgart, 1962
- Sattes, H. : "Die Psychiatrie und die bürgerliche Gesellschaft" Materia Medica Nordmark, 1966, XVIII/1, S. 1
- Scheuch, E.K. : "Sozialprestige und soziale Schichtung" Köln. Z. Soziol., Sonderheft 5, Westdeutscher Verlag Köln/Opladen, 1961
- ders. : "Methoden" in R. König "Soziologie" Das Fischerlexikon, Bd. 10, Fischer-Bücherei K.G., Frankfurt/Main, 1958, S. 184

- Schneider, D.M. : "The social dynamics of physical disability in Army basic training" Psychiatry 1947, 10, S. 323 nach M. Pflanz 1962
- Schoene, W. : "Einige kulturalanthropologische Betrachtungen zum Arztsein" Köln. Z. Soziol., Sonderheft 3, S. 80, Westdeutscher Verlag Köln/Opladen, 1959
- ders. : "Zur sozialen Funktion und soziologischen Problematik des Gesundheitsideals" Soziale Welt, 14, 1963, S. 109
- Schweissheimer, W.: "Der Familienarzt - Amerikanische Ärzte schaffen einen Ersatz für den Hausarzt" Materia Medica Nordmark, 1967, XIX/2, S. 119
- Stockhausen, J. : "Der Arzt in der Bundesrepublik" Der Medizinstudent, 1967, 4, S. 4
- Strauch, F.W. : "Das Arzt-Patient-Verhältnis im Zeitalter der Technik" Materia Medica Nordmark, 1967, XIX/8, S. 473
- Sturm, E. : "Hat der praktische Arzt noch eine Zukunft" Deutsches Ärzteblatt, 1967, 33, S. 1723
- Tochtermann, W. : "Der Arzt als Arznei. Schlagwort? Phrase? oder soziologisches Problem?" Der niedergelassene Arzt, 1959, 1, S. 14
- Uexküll, T.v. : "Was kann eine Spezialdisziplin "Soziologische Medizin" für eine allgemeine Medizin leisten?" Köln. Z. Soziol., Sonderheft 3, S. 58, Westdeutscher Verlag Köln/Opladen, 1959
- ders. : "Hoffnung und Angst in ihren körperlichen Auswirkungen" Die Hoffnungen unserer Zeit, R. Piper & Co. Verlag, München, 1963, S. 25
- Vasterling, H.W. : "Rehabilitation in der Gynäkologie" Schriftenreihe der medizinisch pharmazeutischen Studiengesellschaft, 1965, 2/3, S. 81

L e b e n s l a u f

Am 5. November 1941 wurde ich als Sohn des Rechtsanwalts Dr.jur. Joseph Friedrich und seiner Ehefrau Maria, geb. Baumgärtner, in Nürnberg geboren.

Ich besuchte die Volksschule in Nürnberg, von der ich 1952 an das Melanchthon-Gymnasium in Nürnberg übertrat. Diese Schule schloß ich 1962 mit der Reifeprüfung ab.

Das Medizinstudium - ausschließlich an der Universität Erlangen - Nürnberg - begann ich im Winter-Semester 1962/63. Das Vorphysikum legte ich im August 1963, das Physikum im Mai 1965 ab. Nach insgesamt 11 Semestern beendete ich diese Ausbildung im Juli 1968 mit dem Medizinischen Staatsexamen.

Offsetdruck - Fotodruck

Josef Hogl

8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz,) Tel. 22990

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 852 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 2 29 90
